

KOGNITIEWE TERAPIE EN BLOOTSTELLING IN DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE

Charl Nortje

**Proefskrif ingelewer vir die graad Doktor in die Lettere en
Wysbegeerte (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch**



Promotor: Prof. A.T. Möller

Desember 2000

VERKLARING

Ek, die ondergetekende verklaar hiermee dat die werk in hierdie proefskrif vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.

C. Nortje

Datum

OPSOMMING

Die doel van hierdie studie was om die effektiwiteit van 'n gekombineerde blootstelling en kognitiewe herstrukturierungsprogram teenoor blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie te ondersoek en te vergelyk.

Die 44 deelnemers aan die studie het voor behandeling aan die DSM-IV diagnostiese kriteria vir sosiale fobie voldoen en met oorwegend algemene interaksionele vrese gepresenteer. Hulle is verdeel in 'n groep wat met kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineerd behandel is ($n = 15$), 'n groep wat slegs blootstelling ontvang het ($n = 15$), en 'n waglys-kontrolegroep ($n = 14$). Vir behandelingsdoeleindes is die behandelingsgroepe in twee subgroepe van onderskeidelik 7 en 8 deelnemers elk verdeel.

Die effekte en differensiële effekte van die behandelings is in terme van die volgende vier breë kategorieë veranderlikes ondersoek: teikenfobie-veranderlikes (angs/vermyding/ontsnapping ten opsigte van 'n spesifieke fobie), sosialefobie-veranderlikes (wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie), kognitiewe veranderlikes (gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing), en graad van depressie.

Deelnemers is individueel beoordeel voor behandeling, onmiddellik na afloop daarvan en na 'n 3-maande-opvolgperiode. Behandeling deur twee ko-terapeute het in 12 weeklikse groepsessies van twee uur elk geskied.

In vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, het beide behandelings tot 'n beduidende verbetering van die teikenfobie-veranderlikes by nameting gelei en, met uitsondering van *teikenfobie-angs* by die blootstellingsbehandeling, is die beduidende effekte vir 'n opvolgperiode van drie maande volgehou.

Wat die sosialefobie-veranderlikes betref, het kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op vier veranderlikes (*sosialefobie-vermyding*, *sosialefobie-observasie-angs*, *sosialefobie-algemenesimptomatologie*, en *sosialefobie-ongemak/belemmering*) tot gevolg gehad en is die beduidende effekte vir 'n opvolgperiode van drie maande volgehou. Daarenteen het die blootstellingsgroep slegs ten opsigte van twee veranderlikes (*sosialefobie-vermyding* en *sosialefobie-ongemak/belemmering*) tot beduidend groter effekte aanleiding gegee, waarvan die effekte net op een van die twee veranderlikes (*sosialefobie-vermyding*) vir 'n opvolgperiode van drie maande in stand gehou is.

Ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes, het kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, tot 'n beduidende verbetering van *gedagte-funksionaliteit* gelei wat vir 'n opvolgperiode van drie maande in stand gehou is. Geen ander beduidende verskille tussen die effekte van behandelings en die waglys-kontrolekondisie is vir enige van die ander kognitiewe veranderlikes by nameting of opvolg gedemonstreer nie.

Slegs die gekombineerde behandeling het tot beduidend groter verlagings van die graad van depressie gelei wat vir 'n opvolgperiode van drie maande gehandhaaf is.

In vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, het die gekombineerde behandeling dus tot 'n beduidende verbetering oor 'n breër basis van sosialefobie-simptomatologie as blootstelling alleen by nameting en opvolg aanleiding gegee.

Die twee behandelings is ook direk met mekaar in terme van effekte op elkeen van die afhanklike veranderlikes vergelyk en die verskille was by nameting en opvolg grootliks onbeduidend. Dit is slegs ten opsigte van *gedagte-funksionaliteit* dat daar tentatiewe aanduidings was dat die gekombineerde behandeling moontlik 'n beduidend groter verbeterende effek as blootstelling alleen kon gehad het, maar indien dit so was, was hierdie verskille by die opvolgmeting reeds uitgewis.

Dit wil dus voorkom asof beide die gekombineerde behandeling en blootstelling alleen effektiewe behandelings vir sosiale fobie was en dat eersgenoemde dalk effens beter resultate kon gelever het. Hierdie resultate ondersteun die standpunt wat tans besig is om op grond van navorsing te ontwikkel, naamlik dat daar nie betekenisvolle groot verskille in die effektiwiteit van die belangrikste kognitief-gedragsterapeutiese behandelings van sosiale fobie is nie. Dit bied ook steun vir die standpunt van prominente navorsers op die gebied van sosiale fobie uitkomsnavorsing dat behandelingseffek minder afhang van verskille in prosedure-variasies as van ander kritieke elemente, soos byvoorbeeld die lengte en frekwensie van die behandelingssessies en blootstelling aan die kritieke elemente van die sosiale vrese.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate and compare the effectiveness of a combined exposure and cognitive restructuring programme versus exposure only in the treatment of social phobia.

The 44 participants in the study met the DSM-IV diagnostic criteria for social phobia at pre-treatment assessment, and presented mainly with general interactional social fears. They were allocated to a group which received a combined exposure and cognitive restructuring treatment ($n = 15$), a group treated with exposure only ($n = 15$), and a waiting-list control group ($n = 14$). For treatment purposes, both treatment groups were subdivided into two smaller groups of 7 and 8 participants each.

The effects and differential effects of the treatments were compared in terms of four broad categories of variables: target phobia variables (anxiety/avoidance/escape in relation to a specific target phobia), social phobia variables (associated with the degree, nature, aspects and/or consequences of social phobia), cognitive variables (thought functionality, fear-of-negative-evaluation, and attentional bias), and severity of depression.

Participants were individually assessed before treatment, immediately after treatment, and at follow-up after three months. Treatment were conducted by two co-therapists in 12 weekly group sessions of two hours each.

Compared to a waiting-list control condition, both treated groups showed a significant improvement of the target phobia variables at post-treatment and, with the exception of *target phobia anxiety* for the exposure only condition, the significant effects were maintained at follow-up after three months.

As for the social phobia variables, cognitive restructuring and exposure combined showed a significantly larger improvement compared to the waiting-list control condition on four of the variables (*social phobia avoidance*, *social phobia observation anxiety*, *social phobia general symptomatology*, and *social phobia disturbance/disablement*), and these significant effects were maintained at follow-up. The exposure only group showed significantly larger effects on only two variables (*social phobia avoidance* and *social phobia disturbance/disablement*) and only the effects on *social phobia avoidance* were maintained for the follow-up period of three months.

With regard to the cognitive variables, the combined treatment led to significantly larger improvements in *thought functionality* compared to the waiting-list control condition and these effects were maintained at follow-up. No other significant differences between the effects of any of the treatments and the waiting-list control condition were demonstrated at post-treatment or at follow-up on any of the cognitive variables.

Only the combined treatment resulted in significantly larger reductions in the severity of depression. The effects were maintained for the follow-up period of three months.

Compared to the waiting-list control condition, the combined treatment resulted in improvement over a broader spectrum of social phobia symptomatology than exposure only at post-treatment and follow-up.

The two treatments were also directly compared in terms of their effects on each of the dependent variables and the differences were largely insignificant at both post-treatment and follow-up. Only in terms of *thought functionality* tentative indications of a possible larger effect for the combined treatment were found. However, if this was the case, the differences were cancelled out at follow-up.

It seems that both the combined treatment and exposure only were effective treatments for social phobia and that the combined treatment might have demonstrated slightly better results. These findings support the emerging view that the most important cognitive-behavioral treatments of social phobia do not differ greatly in terms of efficacy. It also offer support for the view of prominent researchers on social phobia outcome, namely that treatment effects are less dependent on procedural variations than on other critical elements, such as the length and frequency of treatment sessions, and exposure to the critical elements of patients' social fears.

Financial assistance by the National Research Foundation (NRF) towards this research is hereby acknowledged. Opinions expressed and conclusions arrived at, are those of the author and are not necessarily to be attributed to the National Research Foundation.

VOORWOORD

Ek wil graag my opregte dank en waardering teenoor die volgende persone en instansies betuig:

- Professor André Möller vir sy entoesiasme, aanmoediging, bekwame leiding en die professionele wyse waarop hy as my promotor opgetree het.
- My kollega en ko-terapeut, Tanya Posthumus, wat die groter navorsingsprojek waarvan die huidige studie deel gevorm het, saam beplan en help uitvoer het, vir haar belangrike bydrae deurgaans. Ek wil Tanya ook bedank vir haar lojaliteit, steun en vriendskap.
- Professor Herman Kruijsse wat die statistiese verwerkings gedoen het en my eerstehands laat ervaar het hoe selfverkreë insig tot blywende insig lei.
- Die Universiteit van Stellenbosch en die National Research Foundation (NRF) vir finansiële steun.
- My vriende en kollegas vir hulle belangstelling en ondersteuning.
- My ouers, my skoonouers, Cedric en Dolly Fry, my vrou, Anne, asook my kinders, Carla en Pierre, vir hul liefde en opoffering. Ek dra graag hierdie navorsing aan my gesin en familie op.

INHOUD

OPSOMMING	iii
ABSTRACT	v
VOORWOORD	viii
LYS VAN TABELLE	xviii
LYS VAN FIGURE	xx
1. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTEESES	1
1.1 INLEIDING: VOORLOPIGE OORSIG VAN DIE VERSTEURING SOSIALE FOBIE EN DIE BEHANDELING DAARVAN	1
1.2 PROBLEEMSTELLING	4
1.3 DOELSTELLINGS	5
1.4 HIPOTEESES	5
1.5 UITEENSETTING VAN DIE PROEFSKRIF	8
2. SOSIALE FOBIE AS VERSTEURING	9
2.1 KLINIESE KENMERKE EN DIAGNOSTIESE KRITERIA	9
2.2 SUBTIPES	10
2.2.1 Inleiding	10
2.2.2 Die DSM en sosialefobie-subtypes	11
2.2.3 Sosialefobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring	15
2.3 DIFFERENSIËLE DIAGNOSES	20
2.3.1 Inleiding	20
2.3.2 Sosiale fobie en sosiale angs of skaamheid	20
2.4 GEASSOSIEERDE BESKRYWENDE KENMERKE	21
2.5 KO-MORBIEDE DIAGNOSES	24
2.6 VOORKOMS, GESLAGSVERDELING, VERLOOP EN FAMILIE-PATRONE	25
2.7 ETIOLOGIESE FAKTORE	27

2.8	SAMEVATTING	30
3.	KOGNITIEWE TEORIE EN NAVORSING OOR SOSIALE FOBIE	32
3.1	INLEIDING	32
3.2	TEORETIESE MODELLE, KOGNITIEWE TEORIEË EN KOGNITIEWE FAKTORE MET BETREKKING TOT DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE.	32
3.2.1	Teoretiese modelle	32
3.2.2	Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs	33
3.2.3	'n Kognitiewe-gedragmodel van angs in sosiale fobie (Rapee & Heimberg, 1997)	34
3.3	NAVORSING OOR KOGNITIEWE MODELLE, TEORIEË EN FAKTORE RAKENDE DIE AARD, ETIOLOGIE EN HANDHAWING VAN SOSIALE FOBIE	35
3.3.1	Inleiding	35
3.3.2	Verwagtings van negatiewe sosiale gebeure	35
3.3.3	Negatiewe kennisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling	36
3.3.4	Selektiewe en selfgefokusde aandag	37
3.3.4.1	Inleiding	37
3.3.4.2	Self-fokus en belemmerde sosiale optrede	38
3.3.4.3	Self-fokus en verhoogde negatiewe affek	39
3.3.4.4	Self-fokus en negatiewe kennisies	39
3.3.4.5	Slotgedagtes oor selfgefokusde aandag	40
3.4	AANDAGSVERDRAAIING BY SOSIALE FOBIE EKSPERIMENTEEL BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N INFORMASIE-PROSESSERINGSPARADIGMA ONDERSOEK	40
3.4.1	Inleiding	40
3.4.2	Die kognitiewe benadering tot die oorsake van aandagsverdraaiing	41
3.4.2.1	Kognitief-eksperimentele en kognitief-kliniese sielkunde	41
3.4.2.2	Die verband tussen kennisie en emosie	41
3.4.2.3	Twee belangrike kognitiewe teorieë oor die oorsake van emosionele versteurings en die verskynsel van aandagsverdraaiing	41

3.4.2.3.1	Beck se kognitiewe (skema-) teorie	41
3.4.2.3.2	Bower se assosiasie-netwerk-teorie	43
3.4.2.3.3	'n Vergelyking van die Beck- en Bower-modelle	43
3.4.2.4	Meervoudige vlakke van kennisie	44
3.4.2.5	Die informasie-prosesseringsparadigma	45
3.4.3	Gebruik van die emosionele-Strooptaak om die verskynsel van aandagsverdraaiing te ondersoek	46
3.4.3.1	Ontwikkeling van die emosionele-Strooptaak uit die oorspronklike Strooptaak en die standaard emosionele-Stroopeksperiment	46
3.4.3.2	Die effek van behandeling op emosionele-Strooptaakontwrigting	47
3.4.3.3	Die redes vir die emosionele-Stroopverskynsel: oorsake en die onderliggende meganismes	47
3.4.3.3.1	Die oorsake en korrelate van emosionele-Stroopeffekte	48
3.4.3.3.2	Die meganismes onderliggend aan die emosionele-Stroopeffekte	51
3.4.3.4	Implikasies vir die huidige ondersoek.	53
3.5	'N SAMEVATTING VAN KOGNITIEWE TEORETISERING EN NAVORSING RAKENDE SOSIALE FOBIE	54
4.	DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE	57
4.1	INLEIDING	57
4.2	EFFEKTIVITEIT VAN VERSKILLENDSE VORME VAN BEHANDELING	58
4.2.1	Dinamies-georiënteerde psigoterapie	58
4.2.2	Kognitiewe gedragsterapie	58
4.2.2.1	Sosialevaardigheid-opleiding alleen en in kombinasie met ander strategieë	58
4.2.2.2	Sistematiese desensitisasie	59
4.2.2.3	Ontspanningsopleiding (progressiewe ontspanning en toegepaste ontspanning)	59
4.2.2.4	Kognitiewe herstrukturering en blootstelling	59
4.2.2.5	Groepkognitiewegedragsterapie	61
4.2.2.6	Samevatting	62

4.2.3	Farmakologiese behandeling	62
4.2.3.1	Bensodiasepienes	62
4.2.3.2	Beta-adrenergiese blokkeerders	63
4.2.3.3	Antidepressante	63
4.3	VERGELYKING VAN BEHANDELINGS	64
4.3.1	Verskillende psigoterapieë	64
4.3.2	Kognitiewe gedragsterapie	64
4.3.2.1	Geen verskille in effektiwiteit tussen behandelingsprosedures	64
4.3.2.2	Studies waar daar wel verskille in die effektiwiteit van kognitief-gedragsterapeutiese strategieë gevind is	65
4.3.2.2.1	Sosialevaardigheid-opleiding	65
4.3.2.2.2	Toegepaste ontspanning	66
4.3.2.2.3	Selfinstruksie-opleiding en sistematiese rasonale herstrukturering	66
4.3.2.2.4	Blootstelling alleen	66
4.3.2.2.5	'n Kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling	67
4.3.2.3	Samevatting	67
4.3.3	Medikasie en sielkundige behandeling	67
4.4	STANDPUNTE OOR DIE DIFFERENSIËLE EFFEKTIWITEIT VAN KOGNITIEF-GEDRAGSTERAPEUTIESE STRATEGIEË	68
4.4.1.	Turner, Cooley-Quille et al. (1996) se standpunt dat die effektiwiteit van die gewildste kognitief-gedragsterapeutiese strategieë nie beduidend van mekaar verskil nie	68
4.4.2	Standpunte dat die kombinasie kognitiewe herstrukturering plus blootstelling wel beter as blootstelling alleen behoort te vaar	69
4.5	'N BESPREKING VAN UITKOMSSTUDIES WAAR DIE DIFFERENSIËLE EFFEKTIWITEIT VAN KOGNITIEWE HERSTRUKTURERING, BLOOTSTELLING ALLEEN EN KOGNITIEWE HERSTRUKTURERING PLUS BLOOTSTELLING ONDERSOEK IS	70
4.5.1	Biran et al. (1981)	70
4.5.2	Butler et al. (1984)	70
4.5.3	Mattick en kollegas (Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988).	70

4.5.4	Scholing en Emmelkamp (1989, 1993a, 1993b)	71
4.5.5	Hope, Heimberg et al. (1995)	72
4.5.6	Die studie van Taylor et al. (1997)	74
4.5.7	Samevatting	74
4.6	META-ANALITIESE STUDIES VAN UITKOMSNAVORSING OOR DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE	75
4.7	HOU 'N KOGNITIEWE BENADERING TOT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE NOG ENIGE VOORDELE IN?	77
4.8	TEORIEË OOR ANGSREDUKSIE TYDENS KOGNITIEF-GEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING	78
4.8.1	Kognitiewe teorie	78
4.8.2	Sosialeleerteorie	78
4.8.3	Resiproke inhibisie	78
4.8.4	Selfkontrole	79
4.8.5	Habituasie en uitdowing	79
4.8.6	Verharding ("toughening up")	79
4.8.7	Emosionele prosessering	79
4.9	FAKTORE WAT NAAS TIPE BEHANDELING OOK 'N EFFEK KAN Hê OP TERAPIE-UITKOMSBEVINDINGS BY SOSIALE FOBIE	80
4.9.1	Verskille in behandelingsformaat	80
4.9.1.1	Individuele- versus groepsterapie	80
4.9.1.2	Terapeutondersteunde - versus selfgereëde blootstelling	81
4.9.2	Verskille in die bepaling van terapie-uitkoms	81
4.9.2.1	Verskillende soorte assesseringsprosedures en die veranderlikes wat gemeet word	81
4.9.2.2	Breë versus smal uitkomstriteria: spesifiekheid van die situasies ten opsigte waarvan die deelnemers beoordeel word	82
4.9.2.3	Beoordelaarskale versus selfrapporteringskale	82
4.9.2.4	Die gebruik van verskillende selfrapporteringskale	82
4.9.2.5	Verskille in mening oor watter veranderlike 'n bepaalde skaal meet	83

4.9.2.6	Verskille in sensitiviteit (en dus weerspieëldde effekgroottes) van verskillende metingskale	83
4.9.2.7	Verskille in korrelasies tussen verskillende selfrapporteringskale	84
4.9.2.8	Verskille in indekse (kriteria) van terapie-uitkoms	84
4.9.3	Verskille wat betref uitkomstcriteria versus uitkomsvoorspellers	85
4.9.4	Verskille in tydsduur tussen terapie-uitkomsmetings, behandelingsduur, die aantal sessies en lengte per sessie	86
4.9.5	Attrissie-verskille	87
4.9.6	Deelnemer-verskille	87
4.9.6.1	Subtipes sosiale fobie volgens dominante responssisteem, temaverwante domeinspesifiekheid, veralgemeenbaarheid en kormorbiede diagnoses.	87
4.9.6.2	Terapie-uitkomsverwagtings	90
4.9.6.3	Lokus van kontrole en nakoming van huiswerkopdragte	91
4.9.6.4	Kognitiewe veranderlikes	91
4.9.7	Verskille in die aard en kwaliteit van kognitiewe herstrukturering	93
4.9.8	Verskille in steekproefgroottes, aantal afhanklike veranderlikes, statistiese prosedures en beperkings wat verband hou met statistiese krag	93
4.9.9	'n Plafon-effek: Die aantal individue met sosiale fobie wat baat vind by behandeling	94
4.10	OPSOMMING VAN DIE BELANGRIKSTE STANDPUNTE EN BEVINDINGS WAT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE BETREF	95
4.11	SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUR EN PROBLEEMSTELLING	97
5.	METODE VAN ONDERSOEK	102
5.1	PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTEESES	102
5.1.1	Probleemstelling	102
5.1.2	Doelstellings	102
5.1.3	Hipoteses	102
5.2	NAVORSINGSONTWERP	105
5.3	DEELNEMERS	105

5.3.1	Beskrywing van die deelnemers	105
5.3.2	Seleksiekriteria en –proses	106
5.4	MEETINSTRUMENTE	108
5.4.1	Gestruktureerde onderhoud vir die seleksie van deelnemers: Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988)	108
5.4.2	Vraelyste en metingskale	109
5.4.2.1	Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979)	109
5.4.2.2	Teikenfobieskale (TEIK Skale)	112
5.4.2.3	Social Interaction Anxiety and Phobia Scales (SIAS en SPS; Mattick & Clarke, 1988)	115
5.4.2.4	Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel et al., 1989)	117
5.4.2.5	Fear of Negative Evaluation (FNE) en Social Avoidance and Distress (SAD) skale (Watson & Friend, 1969)	120
5.4.2.6	Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961)	123
5.4.3	Gedagtelys-tegniek (Heimberg, Nyman, & O'Brien, 1987)	125
5.4.4	'n Emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990)	127
5.5	PROSEDURE	131
5.6	BEHANDELING	132
5.6.1	Individuele onderhoud ter voorbereiding van die onderskeie groepe	132
5.6.2	Kognitiewe Herstrukturering en Blootstelling (KH+BS)	133
5.6.3	Blootstelling Alleen (BSA)	141
6.	RESULTATE	142
6.1	DOELSTELLINGS	142
6.2	HIPOTESES	142
6.3	KATEGORISERING VAN DIE AFHANKLIKE VERANDERLIKES	144
6.4	BESKRYWENDE STATISTIEK	145
6.5	INTERKORRELASIES	152

6.6	TERAPIE-UITKOMS	154
6.6.1	Variansie-homogeniteitstoetse	155
6.6.2	Voormeting-verskille	157
6.6.3	Effek van terapie: verskille tussen en binne groepe	159
6.6.3.1	Vergelyking van die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) groepe.	159
6.6.3.1.1	Die effek van KH+BS op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	159
6.6.3.1.2	Die effek van KH+BS op die sosialefobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	162
6.6.3.1.3	Die effek van KH+BS op die kognitiewe afhanklike veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	167
6.6.3.1.4	Die effek van KH+BS op die graad van depressie en die instandhouding van die terapie-effekte.	170
6.6.3.2	Vergelyking van die BSA (n=15) en die WLK (n=14) groepe.	172
6.6.3.2.1	Die effek van BSA op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	172
6.6.3.2.2	Die effek van BSA op die sosialefobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	174
6.6.3.2.3	Die effek van BSA op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.	175
6.6.3.2.4	Die effek van BSA op die graad van depressie en die instandhouding van die terapie-effekte.	176
6.6.3.3	Vergelyking van die behandelingsgroepe KH+BS (n=15) en BSA (n=14).	177
6.6.3.3.1	'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die teikenfobie-veranderlikes.	178
6.6.3.3.2	'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die sosialefobie-veranderlikes.	179
6.6.3.3.3	'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes.	181
6.6.3.3.4	'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die graad van depressie.	183
7.	GEVOLGTREKKINGS EN BESPREKING	185
7.1	INLEIDING	185

7.2	TEIKENFOBIE-VERANDERLIKES	186
7.3	SOSIALEFOBIE-VERANDERLIKES	191
7.4	KOGNITIEWE VERANDERLIKES	197
7.5	GRAAD VAN DEPRESSIE	210
7.6	DIE EFFEK VAN DIE GEKOMBINEERDE BEHANDELING: 'N SAMEVATTING	212
7.7	DIE EFFEK VAN DIE BLOOTSTELLINGSBEHANDELING: 'N SAMEVATTING	213
7.8	VERGELYKING VAN DIE GEKOMBINEERDE BEHANDELING EN DIE BLOOTSTELLINGSBEHANDELING: 'N SAMEVATTING	215
7.9	ALGEMENE SAMEVATTING	217
7.10	BEPERKINGS VAN DIE HUIDIGE STUDIE	218
7.11	AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING	219
7.12	SLOTOPMERKING EN AANBEVELING	222
	Verwysings	223

LYS VAN TABELLE

Tabel 5.1	Interkorrelasies Tussen Tellings op die Teikenfobieskale en die Fear Questionnaire (Target Phobia) ($N=60$)	114
Tabel 6.1	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep ($n=15$) op Drie Metingstadia	146
Tabel 6.2	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die BSA Groep ($n=15$) op Drie Metingstadia	147
Tabel 6.3	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die WLK Groep ($n=14$) op Drie Metingstadia	148
Tabel 6.4	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep Gekombineer met die WLK Groep ($n=29$) op Drie Metingstadia	149
Tabel 6.5	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die BSA Groep Gekombineer met die WLK ($n=29$) op Drie Metingstadia	150
Tabel 6.6	Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep Gekombineer met die BSA Groep ($n=30$) op Drie Metingstadia	151
Tabel 6.7	Interkorrelasies Tussen die Afhanklike Veranderlikes by die Voormeting ($N=60$)	152
Tabel 6.8	Multiveranderlike Toets vir Variansie-Homogeniteit van Drie Pare Kondisies	156
Tabel 6.9	Vergelyking van die Behandelingskondisies KH+BS ($n=15$), BSA ($n=15$), KH+BS+Hipn. ($n=16$) en WLK ($n=14$) in Terme van Voormetings Deur Middel van ANOVA	158
Tabel 6.10	Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die KH+BS en WLK Groepe	160
Tabel 6.11	Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die KH+BS en WLK Groepe	163
Tabel 6.12	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die GLT, FNE en STROOP, vir die KH+BS en WLK Groepe	168
Tabel 6.13	Resultate van 'n MANOVA vir die Veranderlike Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS en WLK Groepe	171

Tabel 6.14	Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie-veranderlikes Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die BSA en WLK Groepe	173
Tabel 6.15	Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die BSA en WLK Groepe	174
Tabel 6.16	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die STROOP, GLT en die FNE vir die BSA en WLK groepe	176
Tabel 6.17	Resultate van 'n MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die BSA en WLK groepe	177
Tabel 6.18	Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die KH+BS en BSA Groepe	178
Tabel 6.19	Resultate van MANOVA's vir die Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die KH+BS en BSA Groepe	180
Tabel 6.20	Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die GLT, FNE en STROOP vir die KH+BS en BSA Groepe	182
Tabel 6.21	Resultate van 'n MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS en BSA Groepe	184

LYS VAN FIGURE

Figuur 5.1.	Vorm vir Blootstellingsimulasies	137
Figuur 5.2.	Selfmonitor/Kognitiewe Herstruktureringsvorm	139
Figuur 6.1.	Verandering oor tyd wat betref die erns van teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping, weerspieël deur die TEIK-I, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	161
Figuur 6.2.	Verandering oor tyd wat betref die mate van teikenfobie-vermyding, gemeet met die FQ-TP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	161
Figuur 6.3.	Verandering oor tyd wat betref teikenfobie-angs, gemeet met die SUDS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	162
Figuur 6.4.	Verandering oor tyd wat betref sosialefobie-vermyding, gemeet met die FQ-SP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	165
Figuur 6.5.	Verandering oor tyd wat betref sosialefobie-observasie-angs, gemeet met die SPS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	165
Figuur 6.6.	Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-interaksie-angs, gemeet met die SIAS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	166
Figuur 6.7.	Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-algemenesimptomatologie, gemeet met die SPAI-TS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	166
Figuur 6.8.	Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-vermyding/ongemak, gemeet met die SAD, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	167
Figuur 6.9.	Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-ongemak/belemmering, gemeet met die FQ-DS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	167
Figuur 6.10.	Verandering oor tyd wat betref die erns van gedagte-disfunksionaliteit, gemeet met die GLT, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	169
Figuur 6.11.	Verandering oor tyd wat betref die erns van vrees-vir-negatiewe-evaluasie, gemeet met die FNE, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	169
Figuur 6.12.	Verandering oor tyd wat betref die erns van aandagsverdraaiing, gemeet met die STROOP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA	170

Figuur 6.13. Verandering oor tyd wat betref die erns van depressie, gemeet met die BDI, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA 172

1. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTHESES

1.1 INLEIDING: VOORLOPIGE OORSIG VAN DIE VERSTEURING SOSIALE FOBIE EN DIE BEHANDELING DAARVAN

Sosiale fobie is die eerste maal deur Marks (1969, 1970) beskryf en het in 1980 deel van die sielkundige en psigiatrisiese nomenklatuur geword toe dit as versteuring in die derde uitgawe van die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is. Dit is 'n fobiese angsversteuring gekenmerk deur 'n intense, oormatige en voortdurende vrees vir en behoefte tot vermyding van sosiale situasies, of optrede voor ander, waarin die persoon aan onbekende persone of die betragting van ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree, of angssimptome sal wys, en blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie lei gewoonlik tot intense ang wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem. Veralgemeende sosiale fobie kan volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) uit 'n diagnostiese oogpunt gespesifiseer word indien die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit. 'n Addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring moet in sulke gevalle ook in ag geneem en oorweeg word. In die middel-tagtigerjare is daar nog in 'n oorsigartikel (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985, p. 729) na sosiale fobie as die "neglected anxiety disorder" verwys, maar navorsing oor die versteuring het sedertdien drasties toegeneem.

Dit is duidelik dat sosiale fobie 'n redelike algemene versteuring is wat tot 13% van die algemene populasie (11,1% van mans en 15,5% van vroue) die een of ander tydperk van hul lewe beïnvloed (Kessler et al., 1994). Volgens Salaberria en Echeburua (1998) is sosiale fobie, na agorafobie, die mees algemene fobie wat in die kliniese praktyk gesien word en verteenwoordig dit 25% van alle fobies. Dit is 'n probleem wat aanleiding kan gee tot ernstige ontwrigting, inkorting en benadeling van die beroeps-, huweliks-, en sosiale funksionering van diegene wat daaraan ly (Liebowitz, et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986). Baie individue met sosiale fobie gebruik alkohol as 'n vorm van selfmedikasie en moet uiteindelik vir alkoholisme behandel word (Chambless, Cherney, Caputo, & Rheinstein, 1987; Mullaney & Trippett, 1979; Smail, Stockwell, Canter, & Hodgson, 1984). Ten spyte van 'n gemiddelde ouderdom van in die vroeë 30s, het die helfte van een steekproef nooit getrou nie en het byna een-vyfde kalmeermiddels (bensodiasepienes) op 'n daaglike basis gebruik in 'n poging om hul sosiale ang te probeer beheer (Sanderson, DiNardo, Rapee, & Barlow, 1990). Die kroniese aard van die versteuring dra ongetwyfeld by tot die omvang van die benadeling van die algemene funksionering van diegene wat daaraan ly. Die meeste van hulle is van mening dat die probleem waarskynlik in hul vroeë adolessente jare ontstaan het en rapporteer dat hulle sosiaal angstig is vir so lank as wat hulle kan onthou (Bourdon et al., 1988). Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) begin dit tipies in die middel-tienerjare, kan dit ook in die vroeë kinderjare ontstaan, is dit meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel dit soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk deur sosiale inhibisie en skaamheid, kan dit skielik volg op 'n stresvolle of vernederende ervaring, of kan dit geleidelik ontwikkel, en is dit dikwels deurlopend van aard en lewenslank.

Ongeveer 75% van individue wat vir sosioleëfobie-behandel word, toon klinies-betekenisvolle verbetering (Hope, Holt, & Heimberg, 1993; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996), maar hierdie syfer val na byna 50% as dié wat behandeling weier of voortydig uitval, bygetel word (Turner, Beidel et al., 1996). Wat behandeling betref, is daar dus nog ruimte vir verbetering en dit bly steeds 'n uitdaging om meer effektiewe behandelingsprosedures te ontwikkel, bestaande behandelings aan te pas, of om te bepaal watter tipe terapie die beste is vir watter tipe individu met sosiale fobie. Verskillende behandelingsprosedures van sosiale fobie blyk effektief te wees, soos byvoorbeeld kognitief-gedragsterapeutiese groepsterapie deur Heimberg en sy kollegas (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990). Dit is 'n behandeling wat gebaseer is op Beck se kognitiewe terapie¹ vir angsversteurings (Beck, Emery, & Greenberg, 1985) en behels 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling. 'n Tweede effektiewe behandeling is sosiale-effektiwiteitsterapie deur Turner en sy kollegas (Turner, Beidel, & Cooley 1994, Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994), wat 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en blootstelling behels. Derdens blyk farmakologiese behandeling van sosiale fobie met 'n antidepressiewe middel soos fenelsien (Gelernter et al., 1991) ook effektief te wees. In totaliteit beskou (volgens talle behandelingsuitkomstudies) wil dit voorkom asof hierdie genoemde behandelingsprosedures nie beduidend van mekaar verskil wat effektiwiteit betref nie, alhoewel daar wel beduidende verskille in behandelingseffektiwiteit in individuele vergelykende uitkomstudies gevind is (Hope et al., 1993; Turner, Cooley-Quille, & Beidel, 1996). Dit beklemtoon ook die wenslikheid en waarde van vergelykende uitkomstudies om die differensiële effektiwiteit van verskillende behandelings eksperimenteel te ondersoek.

Wat kognitiewe gedragsterapie betref, wil dit voorkom asof blootstelling alleen aan gevreesde sosiale situasies effektiewe behandeling vir sosiale fobie is (bv. Hope, Heimberg, & Bruch, 1995), asof *in vivo* blootstelling veral effektief is (beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling) om vermydingsgedrag by 'n spesifieke teikenfobie (i.e., skriptofobie: vrees om in die openbaar te skryf) te verminder (Biran, Augusto, & Wilson, 1981) en asof een of ander vorm van blootstelling deel vorm van die effektiefste behandelings (Barlow, 1988; Heimberg & Juster, 1995; Marks, 1987). Blootstelling word beskou as die standaardintervensie vir fobies en ander angsversteurings (Barlow & Beck, 1984), en is al beskryf as die "critical ingredient" (Turner, Beidel et al., 1996, p. 795) van effektiewe terapie, en *in vivo* blootstelling as die "gold standard" (Mersch, 1995, p. 260) waarteen ander behandelings gemeet moet word. Uitkomstudies oor die behandeling van sosiale fobie het nie net teenstrydige resultate gelewer wat betref die differensiële effektiwiteit van algemene kognitief-gedragsterapeutiese benaderings nie, maar

¹ Die konsep "kognitiewe terapie" sal verderaan gebruik word om die meer tradisionele kognitiewe benaderings van byvoorbeeld Beck (Beck et al. 1985), Ellis (1962, 1970, 1991) en Meichenbaum (1975), wat blootstelling aan gevreesde voorwerpe of situasies insluit, aan te dui. Die konstruk "kognitiewe herstrukturering" sal gebruik word om kognitiewe intervensies te beskryf waar doelbewuste en beplande blootstelling nie aangemoedig word nie, of selfs ontmoedig word. Die konsep "BS alleen" (BSA) sal gebruik word as spesifiek beklemtoon wil word dat slegs blootstelling ter sprake is, terwyl "KH alleen" slegs gebruik sal word vir gevalle waar blootstelling doelbewus uitgeskakel is. Die begrip "kognitiewe gedragsterapie" sal gebruik word as oorkoepelende naam vir al die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese, tradisionele gedragsterapeutiese strategieë en spesifieke programme soos groepkognitiewegedragsterapie waarin 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (KH+BS) betrek is.

meer spesifiek ook wat betref die vergelyking van verskillende variasies van blootstelling met behandelings waar dit gekombineer word met kognitiewe herstrukturering (Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996). Die verwagting dat kognitiewe herstrukturering die effek van blootstelling behoort te verbeter (i.e., versterk/aanvul/fassiliteer), en dus dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter behandeling by sosiale fobie behoort te wees as blootstelling alleen, is gebaseer op 'n verskeidenheid van standpunte en navorsingsbevindings wat vervolgens puntsgewys genoem word:

- 'n Meta-analitiese studie (Taylor, 1996) dui op die fassiliterende effek wat die byvoeging van kognitiewe herstrukturering op blootstelling het.
- Volgens kognitiewe teorieë oor angstersteurings soos dié van Beck en sy kollegas (Beck et al., 1985) is kognitiewe verandering essensieel vir verbetering van sosiale fobie.
- Daar is die standpunt van prominente navorsers in die veld van sosiale fobie dat 'n wysiging van disfunksionele kennis vereis word vir die suksesvolle behandeling van sosiale fobie (Beidel, Turner, & Dancu, 1985; Butler, 1985; Hammen, Jacobs, Mayol, & Cochran, 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990).
- Spesifieke argumente word aangevoer oor moontlike wyses waarop kognitiewe herstrukturering en blootstelling mekaar wedersyds kan fassiliteer (Hope, Heimberg et al., 1995).
- Daar is in sosialefobie-behandelingsuitkomstudies gevind dat kognitiewe herstrukturering soms blootstelling fassiliteer (Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984; Emmelkamp, Merish, Vissia, & Van der Helm, 1985; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989).
- Mattick et al. (1989) het tekens van terugval by opvolg by 'n blootstelling alleen groep aangetoon, maar nie by 'n kognitiewe herstrukturering plus blootstelling groep nie.
- Dit wil voorkom asof sogenaamde "kognitiewe herstrukturering alleen" behandelings (wat effektief was) soms in werklikheid wel 'n blootstellingskomponent ook ingesluit het (Jerremalm, Jansson & Öst, 1986; Kanter en Goldfried, 1979).
- Daar is gevind dat verbetering op kognitiewe metings soms groter was na behandelings waarin kognitiewe herstrukturering betrek is as na blootstelling-gebaseerde behandeling daarsonder (Butler et al., 1984; Emmelkamp et al., 1985; Jerremalm et al., 1986; Kanter & Goldfried, 1979).
- Bevindings is ook gerapporteer dat verlaging in *gedagte-disfunktionaliteit* (Bruch, Heimberg, & Hope, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990) en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (Hope, Heimberg, & Bruch, 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989) geassosieer word met verbetering in algemene sosialefobie-simptomatologie.
- Standpunte dat kognitiewe herstrukturering die beste benadering is om kognitiewe veranderlikes soos *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* en *gedagte-disfunktionaliteit* te wysig, is beskryf (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982).

In die huidige studie sal gehipotetiseer word dat standpunte oor die superioriteit van kognitiewe herstrukturering dalk vir laasgenoemde strategiese (bewustelike) tipe gedagtes se verbale inhoud geld, maar dat die twee benaderings nie sal verskil wat betref hul effek op *aandagsverdraaiing*, wat gebaseer is op onbewustelike (outomatiese) kognitiewe prosesse nie (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997).

Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) mag kognitiewe verandering dalk essensieel wees vir die suksesvolle behandeling van sosiale fobie, maar kognitiewe intervensie is dalk nie essensieel om dit te bewerkstellig nie, aangesien blootstelling dit ook kan bewerkstellig. Aan die ander kant wil dit tog ook voorkom asof blootstelling nie altyd daarin slaag om kognitiewe veranderinge te weeg te bring nie (Butler et al, 1994; Emmelkamp et al., 1985).

Uitkomstudies oor sosiale fobie waarin gevind is dat blootstelling alleen net so goed of beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling gevaar het (Biran et al., 1981) of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter resultate gelever het as blootstelling alleen (Butler et al., 1984; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989) is deur Hope, Heimberg et al. (1995) gekritiseer. Die studie van Biran et al. (1981) is volgens hulle nie 'n ware toets is vir 'n geïntegreerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behandeling nie omdat die twee komponente apart van mekaar aangebied was. Die studie van Butler et al. (1984) het uit meer komponente as slegs kognitiewe herstrukturering en blootstelling bestaan en ontspanningsopleiding en aandagsafleiding ingesluit. Die deelnemers in die twee studies van Mattick en sy medewerkers is vir spesifieke vrese soos om in die openbaar te eet, te skryf of te drink, en nie vir algemene, interaksionele vrese behandel nie. Hope, Heimberg et al. (1995) het in hul studie gevind dat daar nie beduidende groot verskille was in die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie (vir spesifieke en algemene interaksionele vrese) nie, en dat blootstelling alleen se effek op sekere afhanklike veranderlikes selfs superieur was. Maar die blootstelling alleen behandeling wat hulle toegepas het, was nie werklik blootstelling alleen nie, omdat dit 'n ontrafelingstudie ("dismantling study") was waarin die kognitiewe herstrukturering komponent in die "blootstelling alleen" kondisie met neutrale aandagskontrole-terapie vervang is. Die twee groepe het dus ewe veel blootstelling aan gevreesde (gesimuleerde) situasies tydens die groepsterapie sessies ontvang en derhalwe beantwoord die studie dus nie die vraag oor watter een van die twee benaderings die beste is om te volg binne 'n bepaalde tydspanne nie.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Uit die bespreking in die vorige afdeling, blyk dat:

- sosiale fobie 'n redelike algemene en belemmerende sielkundige versteuring is;
- dit suksesvol behandel kan word met psigoterapie en medikasie;
- wat die effektiwiteit van die behandeling van sosiale fobie betref, daar nog ruimte vir verbetering is;
- die effektiewe behandelingsprosedures van sosiale fobie, breedweg beskou, nie groot verskille in effektiwiteit toon nie;
- kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, sowel as blootstelling alleen, effektiewe behandelingsprosedures van sosiale fobie is;
- daar aanduidings is dat kognitiewe herstrukturering die effektiwiteit van blootstelling in die behandeling van sosiale fobie kan verhoog, maar dit is nie in alle studies gevind nie;
- daar aanduidings is dat kognitiewe herstrukturering 'n groter effek as blootstelling alleen op kognitiewe afhanklike veranderlikes kan hê, maar dit is nie in alle studies gevind nie;

- dit onbekend is of kognitiewe herstrukturering en blootstelling alleen verskil wat betref hul effek op verskillende kognitiewe veranderlikes soos aandagsverdraaiing en disfunksionele outomatiese gedagtes; en
- dit onbekend is of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n meer effektiewe groepsterapeutiese benadering as blootstelling alleen is wat betref die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese.

Die navorsingsvraag van die huidige ondersoek is derhalwe die volgende: hoe vergelyk die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepsterapie-formaat, in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese?

1.3 DOELSTELLINGS

Die breë doelstelling van die huidige ondersoek was om die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepsterapie-formaat, in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese, te ondersoek en te vergelyk.

Die spesifieke doelwitte van die huidige studie was derhalwe om vas te stel of

- 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die effekte daarvan gehandhaaf sou word oor 'n opvolgperiode van 3 maande;
- blootstelling alleen, effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die behandelingseffekte van blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode;
- die twee behandelingspakkette, naamlik kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, wat effektiwiteit betref sou verskil; en
- indien wel, of die verskille tussen die effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode.

1.4 HIPOTEESES

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte, is die volgende hipoteses gestel:

- 1.3.1 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

- 1.3.2 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.3 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemenesimptomatologie, sosialefobie-vermyding/ongemak en sosialefobie-ongemak/belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê. (Hierdie veranderlikes sal verderaan die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).
- 1.3.4 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.5 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.6 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.7 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.8 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.9 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.10 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.11 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.12 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.13 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.14 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- 1.3.15 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.16 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.17 Blootstelling alleen sal in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie-afhanklike veranderlikes tot gevolg hê.
- 1.3.18 Die beduidend groter verbeterende effek van blootstelling alleen in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.19 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling nie.
- 1.3.20 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.
- 1.3.21 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling sal in vergelyking met blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 1.3.22 Die beduidend groter verbeterende effek van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling as blootstelling alleen op die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 1.3.23 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van behandeling nie.
- 1.3.24 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.
- 1.3.25 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling nie.
- 1.3.26 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

1.5 UITEENSETTING VAN DIE PROEFSKRIF

Die proefskrif is soos volg georganiseer:

Die literatuuroorsig is in drie breë afdelings georganiseer, naamlik sosiale fobie as psigiatrisie versteuring, die kognitief-gedragsterapeutiese konseptualisering van sosiale fobie en die behandeling daarvan vanuit die kognitief-gedragsterapeutiese perspektief.

Sosiale fobie as versteuring word in Hoofstuk 2 bespreek in terme van kliniese kenmerke en diagnostiese kriteria, differensiële diagnoses, geassosieerde beskrywende kenmerke en etiologiese faktore. Hoofstuk 3 handel oor die kognitiewe gedragsmodelle en teorieë oor sosiale fobie. Vanweë die sentrale rol wat aandagsverdraaiing in hierdie teorieë speel, word dit omvattend in hierdie hoofstuk bespreek. Die hoofstuk bied ook 'n bespreking van die emosionele-Strooptaak aan, vanweë die belangrikheid van die prosedure as meting van aandagsverdraaiing. Die behandeling van sosiale fobie vanuit die kognitief-gedragsterapeutiese benadering sowel as die beskikbare navorsing hieroor, word in Hoofstuk 4 bespreek.

Die uitkomsstudie waarin die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering en blootstelling in die behandeling van sosiale fobie ondersoek is, word in Hoofstukke 5 (Metode van ondersoek), 6 (Resultate) en 7 (Gevolgtrekkings en bespreking) aangebied.

2. SOSIALE FOBIE AS VERSTEURING

2.1 KLINIESE KENMERKE EN DIAGNOSTIESE KRITERIA

Sosiale fobie is relatief onlangs, met die publikasie van die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), vir die eerste keer officieel as nosologiese kategorie gedefinieer (Rapee & Heimberg, 1997). Die *DSM-III*-klassifikasie het onderskeiding van agorafobie, sosiale fobie en eenvoudige fobie, soos deur Marks (1970) aanbeveel, behels (Weiller, Bisscherbe, Boyer, Lepine, & Lecrubier, 1996). Sosiale fobie was relatief stadig om die aandag van navorsers te verkry (Antony, 1997; Rapee & Heimberg, 1997), en 'n bietjie meer as tien jaar terug is dit nog as die afgeskepte angsversteuring beskryf (Liebowitz et al., 1985). Navorsing oor die aard en behandeling van sosiale fobie het egter oor die afgelope jare dramaties toegeneem (Rapee & Heimberg, 1997). Navorsers begin nou 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring kry en enkele behandelingsmetodes is al effektief bevind. Nietemin word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter dié oor sekere ander angsversteurings (bv. paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou (Antony, 1997).

Sosiale fobie is 'n kliniese versteuring wat deur 'n duidelike en standhoudende vrees vir sosiale of optrede-situasies gekenmerk word. (American Psychiatric Association, 1994). Daar is volop bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is (Heimberg & Barlow, 1988; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner & Beidel, 1989). Gebaseer op die aanvanklike *DSM-III*-definisie (American Psychiatric Association, 1980), wat geringe wysigings in die daaropvolgende *DSM-III-R* en -IV publikasies (American Psychiatric Association, 1987; 1994) ondergaan het, is gevind dat dit moontlik is om sosiale fobie met 'n hoë graad van betroubaarheid te diagnoseer (Barlow, 1988; DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell & Blanchard, 1983; Rapee, Sanderson, & Barlow, 1988). (Sien ook Afdeling 6.6.2 oor die ADIS-R).

Die diskriminante geldigheid van sosiale fobie is ook gedemonstreer in studies waarin dit met agorafobie en paniekversteuring vergelyk is (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1987, in Rapee et al., 1988; Mattick & Rapee, 1986).

Voortdurende navorsing het tot enkele aanpassings van die diagnostiese kriteria vir sosiale fobie gelei, wat in die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) en meer onlangs in die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) geïnkorporeer is. Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994, pp. 411 – 417) geld die volgende diagnostiese kriteria vir sosiale fobie:

- A. 'n Duidelike en standhoudende vrees vir een of meer sosiale of optrede-situasies waarin die persoon aan onbekende persone of aan moontlike betragting deur ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy / sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree (of angssimptome sal wys). **Nota:** By kinders



moet daar bewyse van die vermoë tot ouderdomtoepaslike verhoudings met bekendes wees, en die angs moet ook in portuursituasies, en nie net in interaksies met volwassenes nie, voorkom.

- B. Blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie moet byna sonder uitsondering angs, wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem, ontlok. **Nota:** By kinders mag die angs in huil, drifbuie, vrees, of wegstrem van sosiale situasies met onbekende persone uitdrukking vind.
- C. Die persoon sien in dat die vrees oormatig of onredelik is. **Nota:** By kinders mag hierdie kenmerk nog afwesig wees.
- D. Die gevreesde sosiale of optrede-situasies word vermy of word andersins met intense angs of ontsteltenis verduur.
- E. Die vermyding, angstige antisipasie, of ontsteltenis in die gevreesde sosiale of optrede-situasie(s) meng beduidend in met die persoon se normale roetine, beroeps (akademiese) funksionering, of sosiale aktiwiteite of verhoudings, of daar is duidelike ontsteltenis daaroor dat hy / sy die fobie het.
- F. By individue onder 18 jaar is die duur ten minste 6 maande.
- G. Die vrees of vermyding is nie aan die direkte fisiologiese effekte van 'n middel (bv. 'n misbruikmiddel, 'n medikasie) of 'n algemene mediese toestand toe te skryf nie en word nie beter voor verantwoord deur 'n ander geestesversteuring (bv. paniekversteuring met of sonder agorafobie, skeidingsangsversteuring, liggaamsdismorfiese versteuring, 'n deurlopende ontwikkelingsversteuring of skisoïede persoonlikheidsversteuring) nie.
- H. As 'n algemene mediese kondisie of ander geestesversteuring teenwoordig is, hou die vrees in kriterium A nie daarmee verband nie. Die vrees is byvoorbeeld nie vir haker, bewys by Parkinson se siekte, of die vertoning van abnormale eetgedrag in anoreksia nervosa of bulimia nervosa nie.

Spesifisering as:

Veralgemeen: as die vrese meeste sosiale situasies insluit (neem dan die addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring in ag).

2.2 SUBTIPES

2.2.1 Inleiding

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is, blyk sosiale fobie 'n heterogene versteuring te wees (Heimberg et al., 1993), en soos navorsing oor sosiale fobie uitgebrei het, het die heterogeniteit van die versteuring toenemend erkenning begin geniet. Navorsers het al verskeie vorme van diagnostiese subtipering voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So het Öst, Jerremalm en Johansson (1981) sosiaal-fobiese persone as "gedragsreageerders" (gedragsonderbreking sonder kardiële versnelling) of "fisiologiese reageerders" (kardiële versnelling sonder gedragsonderbreking) geklassifiseer. In latere werk is fisiologiese reageerders gekontrasteer met "kognitiewe reageerders", wat oormatige irrasionele gedagtes gerapporteer het (Jerremalm et al., 1986; Mersch, Emmelkamp, Bögels, & Van der Sleen, 1989). Matige sukses is behaal met pogings om hierdie subtypes te

gebruik vir afparing van pasiënte en terapie-modaliteite, byvoorbeeld sosiale vaardighedsintervensies vir gedragsreageerders (sien Hope, et al., 1993, vir 'n oorsig). McNeil en sy kollegas het van 'n situasioneel-gebaseerde subtipingskema gebruik gemaak, deur persone met primêr publieke spraak- of toespraakvrese te onderskei van ander sosiaal-fobiese persone (bv. Boone, Lewin, McNeil, & Kahle, 1989; McNeil et al., 1995). Holt, Heimberg en Hope (1992b) het die konsep van situasionele domeine, gegrond op groeperings van soortgelyke situasies wat angs by subgroeperings van sosiaal-angstige persone kan ontlok, ontwikkel en voorlopig ondersoek. Die volgende vier konseptueel afgeleide situasionele domeine is onderskei: formele spraak / interaksie, informele spraak / interaksie, observasie deur ander, en assertiwiteit. Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) het drie subtypes voorgestel, terwyl die DSM opstellers 'n verdere alternatiewe benadering van die heterogeniteit van sosiaal-fobiese persone gevolg het. Dit word vervolgens bespreek.

2.2.2 Die DSM en sosialefobie-subtypes

Sosiale fobie is aanvanklik in die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf as 'n vrees vir betragting of waarneming deur ander in een van 'n verskeidenheid diskrete sosiale situasies, byvoorbeeld publieke spraak, om jou naam te skryf terwyl iemand jou waarneem, eet of drink in die teenwoordigheid van ander en die gebruik van publieke toilette. Individue met veelvuldige sosiale vrese was kandidate vir die uitsluitlike diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring, eerder as vir sosiale fobie (Heimberg et al., 1993). Hierdie verdeling het egter min empiriese gronde gehad (Liebowitz et al., 1985), en soos navorsing gevorder het, het dit gou duidelik geraak dat meer omvattende vrese vir negatiewe evaluasie meer tipies by DSM-gedefinieerde sosiaal-fobiese persone is as omskrewe vrese (Amies et al., 1983; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Turner et al., 1986). Die *DSM-III* diagnose van sosiale fobie is dan ook volgens bevindings dikwels vir individue wat veelvuldige sosiale situasies vrees gebruik (Spitzer & Williams, 1985). Besorgdheid is ook uitgespreek dat indien sosiaal vreesagtige persone as persoonlikheidsversteurd beskou sou word, farmakologiese intervensie nie aangewend sou word nie (Liebowitz et al., 1985).

Erkenning aan hierdie kwessies het gelei tot die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie in die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), vir gebruik wanneer 'n individu "meeste sosiale situasies" vrees (Heimberg et al., 1993; Hope, Herbert, & White, 1995). Die *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) het ook sosiale fobie wyer gedefinieer om alle individue met primêre vrese vir vernedering, embarrassering en negatiewe evaluasie in te sluit (Heimberg et al., 1993), en 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring was nou moontlik. Daar is geen sub tipe toegewys aan of beskryf vir pasiënte wat meer beperkte sosiale situasies vrees nie. Die sosiale fobies van hierdie pasiënte is deur navorsers beskryf as "omskrewe", "diskreet", "beperk", "spesifiek" of "nie-veralgemeen" (bv. Heimberg, 1986; Hope, Herbert et al., 1995; Levin et al., 1993; Liebowitz et al., 1988; Turner, Beidel, & Townsley, 1992).

Hoewel daar algemene konsensus was dat die *DSM-III-R* se sub tipe-spesifisering oop is vir wye interpretasie (bv. Turner, Beidel, Long, & Greenhouse, 1992), en navorsing oor die *DSM-III-R* subtipering beperk is deur

die gebrek aan spesifiekheid oor wat bedoel word met “meeste” sosiale situasies (Hope, Herbert et al., 1995), is geen verdere spesifisering of geoperasionaliseerde kriteria hiervoor in die *DSM-IV* verskaf nie.

Heimberg et al. (1993) wys daarop dat die *DSM-IV* subwerkgroep vir sosiale fobie, na oorweging van verskillende kriteria vir die definisie van subtypes, uiteindelik twee opsies oorweeg het. Die een was om veralgemeende sosiale fobie soos in die *DSM-III-R* te behou en te oorweeg of groter presisie nodig is in die definisie van veralgemeende versus ander sosiale fobies. Die ander opsie was om 'n sisteem van drie subtypes, soos voorgestel deur Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) aan te neem.

Die sisteem van drie subtypes

Die sisteem het behels dat die veralgemeende en omskrewe kategorieë behou word, maar meer konserwatief gedefinieer word. Veralgemeende sosiale fobie word hiervolgens steeds gedefinieer as die voorkoms van angs in meeste sosiale situasies. Omskrewe sosiale fobie is gedefinieer as angs in 'n beperkte aantal diskrete situasies. 'n Derde kategorie, die van nie-veralgemeende sosiale fobie, is bygevoeg en sluit individue in wat (1) omskrewe vrese kan hê, maar nie hoef te hê nie; (2) klinies beduidende sosiale interaksie-angs ervaar, maar (3) ten minste in een wye domein van sosiale funksionering nie klinies beduidende angs beleef nie. In die *DSM-IV* Options Book (Task Force on *DSM-IV*, 1991) is die drie subgroepe soos volg benoem / herbenoem en beskryf: (1) Veralgemeende tipe: as die fobiese situasies meeste sosiale situasies insluit (oorweeg ook die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring). (2) Optrede tipe (voorheen “omskrewe” tipe): as die fobiese stimulus publieke optrede of aktiwiteite behels wat die individu met gemak kan uitvoer as hy alleen is (soos om 'n musiekinstrument te speel, 'n toespraak te lewer, urineer, skryf, eet), en voldoen nie aan die definisie van veralgemeende tipe nie. (3) Beperkte interaksie tipe: as die fobiese stimulus beperk is tot een of twee sosiaal interaktiewe situasies soos om met iemand uit te gaan, met die oog op 'n moontlike verhouding met die persoon, of met outoriteitsfigure te praat.

Drie studies waarin subtypes van Heimberg se drieledige subtipering sisteem vergelyk is, word gerapporteer (Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992a; Hope, Herbert et al., 1995). Al drie studies het egter net twee van die drie subtypes vergelyk, naamlik veralgemeende sosiale fobie (vrese in alle major situasionele domeine) en nie-veralgemeende sosiale fobie (vrese in veelvuldige domeine, maar ten minste een ongeaffekteerde domein). In al drie studies was daar 'n onvoldoende aantal persone met diskrete sosiale fobie.

Hierdie studies bied weinig steun vir die gebruik van Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) se klassifikasie (Hope, Herbert et al., 1995). Opsommendgewys dui bevindings wel daarop dat veralgemeende sosiale fobie 'n vroeër aanvangsouderdomein as nie-veralgemeende sosiale fobie het, swakker sosiale vaardighede toon en meer samevallende As I en II diagnoses het. Die twee subgroepe het ewe veel vordering getoon met Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie (wat ook in die huidige navorsing gebruik is). Die veralgemeende subgroep was egter meer belemmerd vir terapie en dus ook na terapie, en die betrokke navorsers (Hope, Herbert et al., 1995) meen dat langer of meer intensiewe

groepkognitiewegedragsterapie moontlik vir die wyer strekking van gevreesde situasies by die veralgemeende tipe nodig is.

Die *DSM-IV* sub tipe sisteem

Omdat aangetoon is dat veralgemeende sosiaal-fobiese persone verskillend is van ander sosiaal-fobiese persone, terwyl daar nie voldoende data was om te suggereer dat beperkte interaksie- en optrede-tipes werklik verskillend is nie, het 'n *DSM-IV* werkgroep (Task Force on *DSM-IV*, 1991) besluit dat die *DSM-III-R* se onderskeiding tussen veralgemeende en ander sosiale fobies in die *DSM-IV* behou moes word, met 'n nota in die teks, wat verwys na die moontlike heterogeniteit van nie-veralgemeende sosiaal-fobiese persone (Heimberg et al., 1993). Vervolgens word bevindings met betrekking tot die demografiese en kliniese kenmerke en patofisiologie van die subtypes volgens die *DSM-III-R* en *DSM-IV* verdelings beskryf.

Heimberg, Hope et al. (1990) het die eerste direkte vergelyking van die twee subgroepe gerapporteer (Heimberg et al., 1993). Hulle het persone met veralgemeende sosiale fobie vergelyk met persone wie se fobies beperk was tot publieke spraak-situasies. Veralgemeende sosiaal-fobiese persone was jonger, hulle opvoedkundige peil was laer, hulle sou minder waarskynlik 'n werk hê, en hulle fobies is deur kliniese onderhoudvoerders as ernstiger as die publieke spraak-fobies beoordeel. Hulle het ook meer angstig en meer depressief voorgekom en het groter vrese met betrekking tot negatiewe sosiale evaluasie te kenne gegee. Hulle het swakker in 'n geïndividualiseerde gedragstoets gevaar en het ook van publieke spraak-fobiese persone verskil in hulle response op kognitiewe evaluasie-take. Die twee groepe het ook duidelike verskille getoon in hulle patrone van hartklopversnelling tydens die gedragstoets (Heimberg, Hope et al., 1990).

Heimberg, Hope et al. (1990) se gedragstoets was geïndividualiseer, om vir elke individu 'n situasie te herskep wat tipies hoë vlakke van angs by hom / haar ontlok. Stimulusverskille sowel as deelnemer verskille kon dus metings met betrekking tot die gedragstoets beïnvloed het. Herhaling met 'n gestandaardiseerde gedragstoets was dus aangedui, en is deur Levin et al. (1993) gedoen. Soos Heimberg, Hope et al. (1990) het hulle bevind dat die veralgemeende sosiaal-fobiese persone gemiddeld jonger was as die publieke spraak-fobiese persone. Anders as in Heimberg, Hope et al. (1990) se studie het die veralgemeende deelnemers hoër angs tydens die toespraak (gestandaardiseerde gedragstoets) gerapporteer as die publieke spraak (en kontrole) deelnemers. Hulle het ook meer gedragstekens van angs as die kontrolegroep getoon. Die publieke spraakgroep het tussen-in gelê. Die publieke spraakgroep het weer groter hartklopverhoging tydens die toespraak getoon. 'n Laer hartklop in die tydperk wat die toespraak vooraf gegaan het, het met hierdie groter verhoging verband gehou. 'n Reeks biochemiese metings kon nie tussen die groepe onderskei nie.

Turner, Beidel en Townsley (1992) het 'n studie gedoen waarin veralgemeende en "spesifieke" subtypes vergelyk is, en waarin veralgemeende sosiaal-fobiese persone met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring vergelyk is. In die lig van die *DSM-III-R* se onduidelike onderskeiding tussen die

veralgemeende sub tipe en ander sosiale fobies, en die verskillende moontlike interpretasies van hierdie onderskeiding, het Turner, Beidel en Townsley (1992) geoperasionaliseerde kriteria vir die diagnose van *DSM-III-R* sub tipes geformuleer. Die *DSM-III-R* (en *DSM-IV*) se "meeste sosiale situasies" is geïnterpreteer as sosiale situasies wat mees algemeen voorkom (bv. gesprekke) teenoor slegs optrede georiënteerde situasies (bv. toesprake). Pasiënte is aan die veralgemeende sub tipe toegewys as hulle partytjies (of sosiale byeenkomste), inisiëring van gesprekke of handhawing van gesprekke vrees. 'n Spesifieke sub tipe diagnose is gemaak by pasiënte wat slegs omskrewe situasies, soos toesprake maak, in vergaderings praat, in die openbaar skryf of eet, of die gebruik van publieke toilette, vrees. Pasiënte wat veelvuldige spesifieke tipe situasies (soos toesprake en skryf in die openbaar) vrees, maar nie partytjies of gesprekke vrees nie, word aan die spesifieke sub tipe toegeken (Turner, Beidel, Long, & Greenhouse, 1992; Turner, Beidel, & Townsley, 1992).

Turner, Beidel en Townsley (1992) het die geldigheid van die sosialefobie-sub tipes (soos onderskei deur die *DSM-III-R* en die *DSM-IV*, en soos operasioneel deur hulle self gedefinieer) by 'n groot steekproef van 89 versigtig gediagnoseerde sosiaal-fobiese persone ondersoek. Hulle het bevind dat die onderskeie sub tipes betroubaar gediagnoseer kan word en dat die veralgemeende sub tipe 'n konstante patroon van 'n hoër graad van erns van simptome toon as die spesifieke sub tipe. Turner, Beidel, Cooley et al., (1994) beskryf die veralgemeende sub tipe as die meer algemene vorm van sosiale fobie.

Soos in die studie van Hope, Herbert et al. (1995), wat in die vorige subafdeling (Die sisteem van drie sub tipes) bespreek is, het Brown, Heimberg en Juster (1995) ook die behandelingseffekte by die sub tipes ondersoek. Hulle het egter gehou by die *DSM-III-R* en *DSM-IV* se tweeledige sub tipe-sisteem. Soos by vorige navorsing, is groter belemmering by veralgemeende as by nie-veralgemeende sosiale fobie gevind, en, soos by Hope, Herbert et al. (1995), is die groter mate van belemmering (met hoër tellings in metings van depressie, sosiale angs en vermyding, en vrees vir negatiewe evaluasie) by voor-toetsing en na-toetsing gevind, met dieselfde mate van verbetering met behandeling by die twee sub tipes. Brown et al. (1995) se behandelingsprogram was ook soortgelyk aan wat in die huidige studie gebruik is. Hulle data dui ook op 'n beduidend vroeër aanvangsouderdorm by veralgemeende sosiale fobie en is dus bevestigend ten opsigte van vroeëre data in die verband.

Vir die huidige studie is gehou by die *DSM-III-R* en *DSM-IV* subtipering, soos operasioneel gedefinieer deur Turner, Beidel, Long et al., (1992) en Turner, Beidel en Townsley (1992).

2.2.3 Sosialefobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring

Die kwessie of sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring wel twee aparte nosologiese entiteite behoort te wees, is skynbaar net so, of moontlik selfs meer, kontroversieel as die sosialefobie-subtypevraagstuk, en die afgelope paar jare is vermydende-persoonlikheidsversteuring en die subtypes dikwels in dieselfde navorsingskonteks ondersoek.

Talle skrywers en navorsers wys op 'n hoë mate van oorvleueling tussen sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring (Heimberg et al., 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, & Townsley, 1992), en persentasies van sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring van 21,4 % tot 90 % is bevind (Heimberg et al., 1993). Vyf onlangse studies, wat die oorvleueling van sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring in die konteks van subtypes ondersoek het, word vervolgens bespreek. Daarna word die studie van Hofmann (1993, in Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995) gerapporteer, waarin verskille tussen 'n sosiale fobie groep met en 'n groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek is. Daar word vier baie onlangse studies, waarin die relatiewe effek van behandeling by sosiale fobie subgroepe met en sonder vermydende persoonlikheid ondersoek is, bespreek. Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer en Liebowitz (1991) het vermydende-persoonlikheidsversteuring (gediagnoseer met behulp van die Structured Clinical Interview for *DSM-III-R* Personality Disorders [SCID; Spitzer, Williams, & Gibbon 1987]) by 70 % van 'n steekproef van 50 sosiaal-fobiese persone gevind. Daar was 'n groot verskil in die voorkoms van vermydende-persoonlikheidsversteuring by die twee subtypes, naamlik ko-morditeit by 89 % van die veralgemeende sub tipe en by 21 % van die "omskrewe tipe". Vyf van die sewe kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring was van toepassing by ten minste 78 % van die veralgemeende groep, terwyl slegs een kriterium op so 'n gereelde basis van toepassing was by die omskrewe groep. Daar was 'n beduidend hoër waarskynlikheid vir die veralgemeende subgroep om aan vier van die vermydende-persoonlikheidsversteuring kriteria te voldoen. Die grootste verskille was by die kriteria: "vermy sosiale of beroepsaktiwiteite wat beduidende interpersoonlike kontak behels" en "is onwillig om by mense betrokke te raak sonder sekerheid dat van hom / haar gehou sal word" (Schneier et al., 1991).

Holt et al. (1992a) het gevind dat 39,4 % van 'n steekproef van 33 sosiaal-fobiese persone 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring (gediagnoseer met behulp van die toepaslike items van die Personality Disorders Examination [PDE; Loranger, 1988]) gehad het. Vermydende-persoonlikheidsversteuring is by 50 % van die veralgemeende subgroep gediagnoseer teenoor 23,1 % van die nie-veralgemeende subgroep. Holt et al. (1992a) het ook veralgemeende sosiale fobie met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring en nie-veralgemeende sosiale fobie sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring vergelyk. (Die groep met nie-veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring was te klein vir statistiese analise.) Die twee veralgemeende sosiale fobie groepe (met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring) het oor die algemeen tellings behaal wat op groter belemmering gedui het as die nie-veralgemeende groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring.

Veralgemeende pasiënte met vermydende-persoonlikheidsversteuring het van dié daarsonder verskil deurdat hulle meer waarskynlik aan drie bepaalde kriteria sou voldoen, naamlik vermyding van interpersoonlike kontak, onwilligheid om betrokke te raak sonder sekerheid dat van hom / haar gehou sal word, en oordrywing van die moeilikheidsgraad van aktiwiteite wat buite sy / haar normale roetine val. Hulle het hoër tellings op die Social Anxiety and Distress (SAD) skaal (Watson & Friend, 1969) en die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clark 1988) behaal. Die klinikus-gedadministreerde Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987) het op groter vrees in sosiale en optrede-situasies gedui, en kliniese onderhoudvoerders wat blind was vir die As II diagnose het hulle sosiale fobies as ernstiger en meer belemmerend beoordeel. Laastens het hierdie groep ook beduidend meer ko-morbiede diagnoses van affektiewe versteurings gehad.

Herbert et al. (1992) het bevind dat 61 % van 'n steekproef veralgemeende sosialefobie-pasiënte aan die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen het. Hierdie groep het dan ook hoër tellings op meetmiddels van sosiale angs, trek-angst en depressie behaal, asook meer ko-morbiede As I en As II diagnoses, en laer tellings op die Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association, 1987). Hoewel die veralgemeende sosiale fobie groep met vermydende-persoonlikheidsversteuring meer angs gedurende rolspel van sosiale situasies gerapporteer het, het die groepe nie op metings van sosiale vaardigheidskennis of optrede verskil nie. Na hierdie analise het Herbert et al. (1992) hulle deelnemers herverdeel volgens hulle interpretasie van Heimberg en Holt (1989, in Heimberg, Holt et al., 1993) se riglyne vir die subgroepverdeling van sosiale fobie. Hiervolgens is 14 van die oorspronklike 23 veralgemeende sosialefobie-pasiënte weer geklassifiseer as veralgemeen en nege as nie-veralgemeen. (Diskrete sosiaal-fobiese persone was nie in die steekproef ingesluit nie). Een-en-sewentig persent van die veralgemeende groep en 44,4 % van die nie-veralgemeende groep het aan die kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen.

Turner, Beidel, & Townsley (1992) het gevind dat 61 uit 'n steekproef van 89 sosiaal-fobiese persone betroubaar as veralgemeen gediagnoseer kon word (met hulle operasionele definisie van die *DSM-III-R* [en later *DSM-IV*] sub tipe onderskeiding), en dat 25 % van hierdie groep aan die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen het. Minimale verskille ('n verskil op slegs een van vier parameters) is tussen die groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gevind.

Laastens het Brown et al. (1995) in 'n studie, waarin gefokus is op die verhouding tussen sosialefobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring asook op die graad van belemmering en uitkoms van behandeling, 44 % oorvleueling van veralgemeende sosiale fobie met vermydende-persoonlikheidsversteuring en 14 % oorvleueling by "nie-veralgemeende" sosiale fobie gevind. Brown et al. (1995) beskou hierdie bevindings as vergelykbaar met syfers gerapporteer deur Holt et al. (1992a) en binne die strekking van persentasies gerapporteer deur Herbert et al. (1992), Schneier et al. (1991) en Turner, Beidel en Townsley (1992).

Hoewel daar redelike variasie in gerapporteerde persentasies van ko-morbiditeit was, blyk die resultate van hierdie studies grootliks konsekwent te wees. Heimberg et al. (1993) bied vier moontlike verklarings vir die variasie in resultate:

- Verskille in die graad van belemmering by die steekproewe wat in die verskillende studies gebruik is. So meen Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz en Weissman (1992) dat die veralgemeende sosiaal-fobiese persone in hulle studie moontlik ernstiger belemmer was as die in ander studies.
- Verskillende definisies van die sosiolele-fobie-subtypes.
- Verskille in sensitiwiteit van verskillende evaluasie of meetmiddels wat vir die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring gebruik is.
- Verskillende toepassings van die kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring deur die klinici in die verskillende studies.

Hoewel daar talle gevalle van veralgemeende sosiale fobie sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring in hierdie studies was, was daar min gevalle van vermydende-persoonlikheidsversteuring sonder veralgemeende sosiale fobie. Holt et al. (1992) en Turner et al. (1992) het hulle steekproewe uit aanmeldings by onderskeidelik 'n sentrum vir stres en angsversteurings en 'n angsversteuringskliniek getrek, wat die insluiting van persone met slegs vermydende-persoonlikheidsversteuring kon benadeel. Herbert et al. (1992) se steekproeftrekking is nie op so 'n wyse benadeel nie. Hierdie studies het beduidende verskille tussen die veralgemeende sosiolele-fobie-deelnemers met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gevind. Wat egter oor die algemeen 'n groter indruk op die outeurs van die studies blyk te gemaak het, was die gebrek aan substansiële of kwalitatiewe onderskeidings tussen veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring. Volgens Turner et al. (1992) kom die groepe met veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring meer eenders as verskillend voor, en suggereer hulle data dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring, soos gegrond op die *DSM-III-R* diagnostiese kriteria, primêr verskil in terme van die graad van erns van sosiale angs en belemmering van sosiale funksionering. Herbert et al. (1992) het ook tot die slotsom gekom dat geen van die verskille tussen die twee versteurings wat na vore gekom het, op kwalitatiewe dimensies gedui het wat hulle moontlik as twee aparte psigopatologie kategorieë kon onderskei het nie. Die mees versigtige interpretasie van hulle data is, volgens Herbert et al. (1992), dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring twee punte op 'n kontinuum van graad van erns verteenwoordig. Holt et al. (1992) se slotsom was ook dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring nie twee aparte kategorieë van sosiaal-fobiese pasiënte aandui nie, en dat vermydende-persoonlikheidsversteuring moontlik slegs die meer ernstige sosiale fobie, op 'n kontinuum, aandui. Widiger (1992) wys daarop dat 'n persoon wat aan die kriteria vir beide veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring voldoen, nie twee ko-morbiede versteurings het nie, maar slegs een wat aan die kriteria vir twee diagnoses voldoen (Volgens Holt et al. [1992] skyn hierdie groep, wat aan die kriteria vir beide diagnoses voldoen, mees belemmerd te wees). 'n Alternatiewe beskouing, wat deur Turner et al. (1992) aangebied word, is dat veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring wel twee aparte diagnoses kan wees, maar dat oorvleueling van diagnostiese kriteria verantwoordelik is vir die oorvleueling van diagnoses.

Nog meer onlangs het Hofmann et al. (1995) 'n studie gedoen waarin 30 sosiaal-fobiese persone, met 'n primêre vrees vir publieke spraak of toesprake, in 'n groep met ($n=16$) en 'n groep sonder ($n=14$) gepaardgaande vermydende-persoonlikheidsversteuring verdeel en met mekaar en 'n kontrolegroep ($n=22$) vergelyk is. Hulle het veral in die psigofisiologiese verskille tussen die groepe belanggestel. Die individue moes voor 'n klein gehoor praat, terwyl spraaktyd, deelnemer tiewe angs, vreesagtige gedagtes en elektografiese en respiratoriese metings aangeteken is. Soos in die vorige studies het die sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring meer sosiale angs as die sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring gerapporteer, wat volgens die skrywers steun bied aan die hipotese dat die diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring die identifikasie van 'n ernstiger vorm van sosiale fobie behels. Ook konsekwent met vorige resultate, was die bevinding dat sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring op meer metings van die kontrolegroep verskil het as dié daarsonder. Hulle het meer deelnemer tiewe angs, volgens tellings op die SPAI se totale skaal en subskale, die FNE en die SAD gerapporteer en wanneer hulle 'n praatjie voor 'n klein gehoor moes lewer het hulle hoër tellings op die staat angsskaal van die State Trait Anxiety Inventory (STAI-state; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) en die Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS; Paul, 1966) behaal. Hulle het ook meer vreesgedagtes, soos deur die Social Interaction and Self-Statement Test (SISST; Glass, Merluzzi, Biever, & Larsen, 1982) en die Cognitions during the Talk Questionnaire (CT; Hofmann, 1993, in Hofmann et al., 1995) gereflekteer, as die ander twee groepe gerapporteer. Fisiologiese metings het egter 'n teenoorgestelde patroon aangeneem. Sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring het 'n laer hartkloptempo as die sonder die vermydende-persoonlikheidsversteuring, en 'n soortgelyke hartkloptempo as die kontrolegroep in die fobiese situasie getoon. Hierdie resultate is soortgelyk aan die wat Levin et al. (1993) en Heimberg et al. (1990) met veralgemeende teenoor spesifieke sosiale fobie groepe gevind het waar laer hartkloptempo's by persone met veralgemeende sosiaal-fobiese persone gevind is. Hofmann et al. (1995) het gevind dat die verdeling van persone met sosiale fobie in 'n groep met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring ook geneig het om verdeling in 'n groep met en sonder veralgemeende sosiale fobie te behels, en toe pasiënte in veralgemeende en spesifieke groepe verdeel is, is 'n soortgelyke patroon van resultate gevind.

Die laaste vier en mees onlangse studies wat die verhouding tussen sosiaalfobie-subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek het, het die relatiewe effek van behandeling nagegaan.

Brown et al. (1995) het sosiale fobie, die subtypes en vermydende-persoonlikheidsversteuring volgens die *DSM-III-R* kriteria gediagnoseer en volgens die groepkognitiwewegedragsterapieprogram wat ook in die huidige studie gebruik is, behandel. Voormetings kon slegs tussen veralgemeende en "nie-veralgemeende" sosiale fobie onderskei. (By individue met veralgemeende sosiale fobie was die aanvangsouderdum laer en hulle het hoër tellings op metings van depressie, sosiale angs en vermyding, en vrees vir negatiewe evaluasie behaal.) Gedurende behandeling het die twee subtypes soortgelyk verbeter, en die veralgemeende groep was steeds meer belemmer na behandeling. Vermydende-persoonlikheidsversteuring was nie 'n

voorspeller van terapie-uitkoms nie, en verskeie pasiënte wat voor behandeling 'n diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ontvang het, het nie meer na behandeling aan die kriteria voldoen nie.

Hope, Herbert et al. (1995) het ook gevind dat veralgemeende en nie-veralgemeende sosiaal-fobiese persone dieselfde mate van vordering in terapie ('n groepkognitiewegedragsterapieprogram soos in die huidige studie gebruik) getoon het, en dat die veralgemeende groep voor en na behandeling meer belemmerd geblyk te wees het as die nie-veralgemeende groep. Hulle kon geen ondersteuning vir hulle hipotese dat sosiaal-fobiese persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring swakker op behandeling sal reageer, vind nie.

Feske, Perry, Chambless, Renneberg en Goldstein (1996) het die effek van 'n ko-morbiede vermydende-persoonlikheidsversteuring op die reaksie op blootstellinggebaseerde behandeling by 'n steekproef veralgemeende sosiaalfobie-pasiënte bestudeer. Persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring het ernstiger belemmering op al die selfverslagmetings getoon, asook 'n hoër frekwensie van samevallende *DSM-III-R* As I of II diagnoses. Vermydende-persoonlikheidsversteuring het uitkoms by natoetsing en 3-maande-opvolg voorspel deurdat persone met vermydende-persoonlikheidsversteuring telkens ernstiger belemmering gerapporteer het as dié daarsonder, ten spyte daarvan dat hulle wel beduidend verbeter het. Hulle het egter minder verbetering tydens behandeling getoon as die groep sonder die persoonlikheidsversteuring. Vermydende-persoonlikheidsversteuring was skynbaar slegs voorspellend ten opsigte van die verbeteringskoers van eiewaarde en trek-angs, en het blykbaar nie verbetering ten opsigte van sosiale angs en vermyding geaffekteer nie.

Van Velzen, Emmelkamp en Scholing (1997) het, in hulle vergelyking van sosiale fobie groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring, in reaksie op in vivo blootstellingsbehandeling, spesifiek persone met enige ander persoonlikheidsversteuring(s) uitgeskakel. Sodoende kon die invloed van spesifiek vermydende-persoonlikheidsversteuring meer presies bepaal word. Die uitsluiting van ander ko-morbiede persoonlikheidsversteurings by die vermydende-persoonlikheidsversteuring groep, het 'n soortgelyke beeld getoon (met meer belemmering deur die groep met vermydende-persoonlikheidsversteuring en dieselfde mate van verbetering tydens behandeling) as ander studies wat dit nie gedoen het nie (Brown et al., 1995; Feske et al., 1995; Hofmann et al., 1995; Hope et al., 1995). Soos die sosiale fobie groepe met en sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring, het die sosiale fobie groep met veelvuldige persoonlikheidsversteurings ook beduidende verbetering getoon. Voorts het Van Velzen et al. (1997) gevind dat 'n addisionele angs- of gemoedsversteuring nie die uitkoms van die blootstellingsbehandeling voorspel het nie.

Die addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring blyk dus geen effek op behandeling te hê nie. Dit word deur sommige van die navorsers beskou as bevestiging van ander resultate, waarvolgens die *DSM-III-R* definisie van vermydende-persoonlikheidsversteuring as 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie betwyfel word. Daar bestaan egter nog die hipotese van Turner, Beidel en Townsley (1992) dat

die diagnostiese kriteria vir sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring te na aan mekaar lê. Op hierdie stadium is al die studies wat oor hierdie vraagstuk gerapporteer word nog met die *DSM-III-R* gedoen. Heelwat wysigings van die meerderheid kriteria vir vermydende-persoonlikheidsversteuring word in die *DSM-IV* gevind. Of dit sal help om die grens tussen veralgemeende sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring duideliker te onderskei, moet nog vasgestel word.

2.3 DIFFERENSIËLE DIAGNOSES

2.3.1 Inleiding

Sosiale fobie moet onderskei word van paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, skeidingsangsversteuring, veralgemeende angsversteuring, spesifieke fobie, omvattende ontwikkelingsversteuring, skisoïede persoonlikheidsversteuring en vermydende-persoonlikheidsversteuring (American Psychiatric Association, 1994). Van hierdie versteurings kan drie, naamlik paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring en vermydende-persoonlikheidsversteuring as ko-morbiede versteurings by sosiale fobie voorkom. Dit word in 'n volgende afdeling in meer detail bespreek. Baie van die kenmerke van sosiale fobie kan ook heel waarskynlik by die algemene populasie voorkom (Heimberg, Dodge, & Becker, 1987). Daar moet dus onderskei word tussen sosiale fobie en normale vlakke van optree-angs, verhoogvrees, of skaamheid, byvoorbeeld in sosiale situasies met onbekende persone (American Psychiatric Association, 1994; Antony, 1997). Laastens is sosiale angs en vermyding van sosiale situasies geassosieerde kenmerke van talle ander geestesversteurings, byvoorbeeld major depressiewe versteuring, distimiese versteuring, skisofrenie en liggaamsdismorfiese versteuring (American Psychiatric Association, 1994), sodat sosiale fobie van hierdie versteurings ook onderskei moet word. Major depressie en distimie kom ook as ko-morbiede versteurings by sosiale fobie voor. Dit word in 'n volgende afdeling in meer detail bespreek.

2.3.2 Sosiale fobie en sosiale angs of skaamheid

Hoewel sosiale fobie as diagnostiese entiteit betroubaarheid en geldigheid gedemonstreer het, kan baie van die kenmerke daarvan heel waarskynlik by die algemene populasie voorkom (Heimberg, Dodge et al., 1987). Terwyl 'n onlangs gerapporteerde leeftydsvorkoms van sosiale fobie 13.3 % is, wat van die hoër voorkomssyfers is wat vir sosiale fobie gerapporteer word (Antony, 1997; Kessler et al., 1994), het Zimbardo (1977) gevind dat meer as 40 % van byna 5000 Amerikaners hulleself as skaam beskou het en oor die 90 % het gerapporteer dat hulle een of ander tyd in hulle lewens skaam was (Zimbardo, Pilkonis, & Norwood, 1975). Volgens Pilkonis en Zimbardo (1979) dui studies daarop dat sowat 40 % van Amerikaanse kollege-studente hulleself as skaam beskou, terwyl Lazarus (1982) gevind het dat 38 % van die kinders in sy steekproef hulleself as skaam beskou het en Caspi, Elder en Bem (1988) gerapporteer het dat 28 % seuns en 32 % meisies tussen 8 en 10 jaar oud deur hulle ouers as skaam beskou is. Hierteenoor het Stemberger,

Turner, Beidel en Calhoun (1995) bevind dat 72 % van hulle sosiale fobie steekproef 'n kindergeskiedenis van skaamheid gerapporteer het (teenoor 52 % van die normale groep), en dat hierdie geskiedenis meer algemeen by die veralgemeende sub tipe (76 %) as by die spesifieke sub tipe (56 %) was. Turner, Beidel, en Townsley (1990) wys daarop dat hierdie hoër voorkoms van skaamheid aandui dat alle skaam persone nie sosiaal fobies is nie. Rapee en Heimberg (1997) meen dat die hoër voorkoms van skaamheid by die algemene publiek dit moeilik kan maak om sosiale fobie as 'n vorm van psigopatologie te konseptualiseer. Weiller et al. (1996) het gevind dat daar, aan die ander kant, 'n algemene neiging by algemene praktisyns en die publiek is om sosiale fobie as uitermatige skaamheid te beskou.

Die presiese aard van die verhouding tussen skaamheid en sosiale fobie is nog nie duidelik nie. 'n Probleem met die ondersoek van skaamheid teenoor sosiale fobie is dat, in teenstelling met die redelik spesifieke kriteria vir sosiale fobie, skaamheid 'n relatief swak gedefinieerde konstruk is en eerder 'n sosiale as sielkundige term is. Data wat wel beskikbaar is, suggereer dat skaamheid en sosiale fobie nie identies is nie, maar wel in sommige gevalle mag oorvleuel. Die populasie van skaam individue blyk egter uiters heterogeen te wees, wat moontlik ook daarop dui dat die etiket "skaam" van min waarde in 'n kliniese sin is (Turner et al., 1990).

Na aanleiding van hulle navorsing oor kognitiewe prosesse by sosiale fobie, hipotetiseer Stopa en Clark (1993) dat een van die hoofverskille tussen sosiale fobie en skaamheid kan lê in die vraag of die persoon die sosiale situasie monitor, ten einde die geldigheid van negatiewe self-evaluerende gedagtes te bepaal of nie. Skaam persone kan dus 'n sosiale situasie met dieselfde tipe en frekwensie van gedagtes as 'n sosiaal-fobiese persoon binnegaan, maar kan dan byvoorbeeld oplet dat ander persone op 'n geïnteresseerde wyse reageer en besluit dat hulle, ten minste in dié situasie, nie vervelend is nie en hulle negatiewe sekwensie van gedagtes laat vaar.

Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) word sosiale fobie oorweeg wanneer angs en vermyding, vanweë sogenaamde skaamheid, tot klinies beduidende belemmering of duidelike ontsteltenis lei. By kinders, waar demonstrasie van sosiale angs, veral in interaksie met onbekende volwassenes, algemeen is, word sosiale fobie net gediagnoseer as die sosiale angs ook in portuurgroep-situasies duidelik is en vir ten minste 6 maande duur.

Teorieë met betrekking tot skaamheid en die etiologie van sosiale fobie volg in afdeling 2.7.

2.4 GEASSOSIEERDE BESKRYWENDE KENMERKE

Algemene geassosieerde kenmerke van sosiale fobie sluit in: hipersensitiwiteit vir kritiek, negatiewe evaluasie, of verwerping; probleme om assertief te wees; swak selfbeeld of minderwaardige gevoelens (American Psychiatric Association, 1994); asook "pynlike" selfbewustheid (o.a. Alden, Teschuk, & Tee, 1992).

Indirekte evaluasie deur ander, soos wanneer 'n toets geskryf word, word ook dikwels gevrees (American Psychiatric Association, 1994).

Soos verwag kan word, hou sosiale fobie dikwels met ernstige sosiale beperking verband (Hope et al., 1993; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986; Turner, Cooley-Quille et al., 1996) en 'n gebrek aan sosiale of interpersoonlike vaardighede word ook dikwels openbaar (American Psychiatric Association, 1994; Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Persone met sosiale fobie het dikwels minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou (American Psychiatric Association, 1994). Sanderson et al., (1990) rapporteer 'n kliniese steekproef waarvan 50 % van die persone nooit getroud is nie, ten spyte van 'n gemiddelde ouderdom van 33,8 jaar. Daarteenoor was 36 % van die individue met paniekversteuring en 18 % van die individue met veralgemeende angs nooit getroud nie. Volgens die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) is dit dikwels die geval dat persone met sosiale fobie nie vriende het nie of aan onvervullende verhoudings klou, glad nie uitgaan met die oog op 'n verhouding nie, of dikwels by hulle gesin van oorsprong bly.

Persone met sosiale fobie onderpresteer dikwels akademies / op skool (American Psychiatric Association, 1994; Liebowitz et al., 1985; Turner, et al., 1986). Die American Psychiatric Association (1994) skryf dit toe aan toetsangs of vermyding van deelname in die klaskamer. Onvoltooide opvoedkundige kwalifikasies, gebrek aan beroepsvordering, en onvermoë om te werk is algemene kenmerke by sosiale fobie (American Psychiatric Association, 1994; Liebowitz et al., 1985; Turner, Beidel, Dancu et al., 1986). In 'n gemeenskapsteekproef van sosiale fobiese persone is gevind dat hulle finansiële meer afhanklik is en swaarder op staatshulp steun (Schneier et al., 1992).

Individue met sosiale fobie ervaar aansienlike somatiese simptome in sosiale situasies. 'n Verhoogde hartklop, bewe, sweet en bloos is die mees prominente simptome (Gorman & Gorman, 1987). Soms word paniekaanvalle in die fobiese situasie ervaar (Gelernter, Stein, Tancer, & Uhde, 1992; Mannuzza, Fyer, Liebowitz, & Klein, 1990).

Volgens Holle, Heimberg, Sweet en Holt (1995) is daar nog verbasend min navorsing oor die alkoholgebruik van sosiaal-fobiese persone gedoen (hoewel die ko-voorkoms van alkoholisme en sosiale fobie goed gedokumenteer is). Turner, Beidel, Dancu et al. (1986) rapporteer dat 'n beduidende persentasie sosiaal-fobiese persone alkohol gebruik om angs in sosiale situasies te verlig. Ses-en-veertig persent het die gebruik van alkohol om meer sosiaal by 'n partytjie te voel gerapporteer, en 50 % het alkohol-inname ter verligting van antispasie-angs voor die bywoning van 'n sosiale funksie gerapporteer. Smail et al. (1984) rapporteer dat 57 % van sosiaal-fobiese persone doelbewus alkohol inneem voor hulle met outoriteitsfigure praat, 42 % terwyl hulle saam met ander eet, en 43 % wanneer hulle voor 'n gehoor praat of optree. In 'n aanvanklike studie van alkohol- en kaffeïen-gebruik deur sosiaal-fobiese persone, het Holle et al. (1995) gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n laer tipiese weeklikse inname van alkohol as gemeenskapdeelnemers gerapporteer het. Hulle het egter 'n beduidend groter intensie gerapporteer om alkohol in sosiale situasies

met vreemdelinge te drink. Daarenteen het hulle 'n beduidend kleiner intensie om koffie met kaffeïen in vergaderings te drink, gerapporteer, terwyl hulle tipiese weeklikse inname van kaffeëndrankies nie verskil het van die van gemeenskapdeelnemers nie.

Weiller et al. (1996) het in 'n studie wat in Parys, Frankryk gedoen is (met data wat as deel van die Wêreld Gesondheidsorganisasie se Studie oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg ingesamel is), bevind dat sosiale fobie met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband hou. Dit is veral hoog wanneer daar 'n ko-morbiede depressie is, naamlik 'n gebruik van angswerende middels by 74,4 % van hierdie persone, teenoor slegs 34,6 % van persone met depressie sonder 'n angsversteuring. 'n Derde van die nie-depressiewe sosiaal-fobiese persone het angswerende middels geneem. Sanderson et al. (1990) het gevind dat byna 20 % van 'n steekproef sosiaal-fobiese persone bensodiasepienes op 'n daaglikse basis gebruik het om hulle sosiale angs te beheer.

'n Hele aantal studies wys op 'n selfmoord-risiko by sosiale fobie (Amies et al., 1983; DeGonda & Angst, 1993; Schneier et al., 1992; Weiller et al., 1996). In 'n studie van Schneier et al. (1992) waarin data van die Epidemiologiese Opvangsarea Steekproef (dit wil sê 'n gemeenskapsteekproef) gebruik is, is gevind dat sosiaal-fobiese persone sonder 'n ko-morbiede versteuring 'n verhoogde koers van selfmoord idees toon. Daar is ook 'n verhoogde koers van selfmoordpogings by hierdie steekproef gerapporteer – 'n bevinding wat hoofsaaklik (maar nie volkome nie) aan die teenwoordigheid van 'n ko-morbiede versteuring toegeskryf is. Weiller et al. (1996) het in 'n studie met data wat deel uitgemaak het van die Wêreld Gesondheidsorganisasie se Studie oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg gevind dat die koers van 'n geskiedenis van selfmoord-idees beduidend hoër was by sosiaal-fobiese persone in vergelyking met 'n kontrolegroep. Dit was die geval beide met ko-morbiede depressie (76,9 % teenoor 16,1 %; $p < 0,01$) en sonder ko-morbiede depressie (49,2 % teenoor 16,1 %; $p < 0,01$). Die koers van selfmoordpogings was nie hoër by sosiaal-fobiese persone sonder 'n huidige major depressie as by 'n kontrolegroep (6,5 %) nie. Dit was wel beduidend hoër as by die kontrolegroep by pasiënte met ko-morbiede depressie (41,3 %; $p < 0,01$).

Geassosieerde beskrywende kenmerke en sosialefobie-subtypes:

Persone met veralgemeende sosiale fobie het 'n laer opvoedkundige peil, sal minder waarskynlik 'n werk hê, en sal minder waarskynlik getroud wees as persone met nie-veralgemeende sosiale fobie (Brown et al., 1995). Hoewel Turner, Cooley-Quille et al. (1996) meen dat gebrekkige interpersoonlike vaardighede en beperkte persoonlike kontak veral by persone met die veralgemeende sub tipe van sosiale fobie, en persone met 'n ko-morbiede persoonlikheidsversteuring gevind word, meen Brown et al. (1995) dat die twee subtypes nie ten opsigte van toeskouer-evaluasie van sosiale vaardighede verskil nie. Die meerderheid studies toon wel hoër tellings vir depressie by veralgemeende sosiale fobie, en dit is ook konsekwent bevind dat hierdie groep meer waarskynlik 'n addisionele *DSM-III-R* As I of As II diagnose sal hê as die nie-veralgemeende groep (Brown et al., 1995).

2.5 KO-MORBIEDE DIAGNOSES

Volgens die *DSM-IV* kan sosiale fobie geassosieer wees met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompulsiewe versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring. Sosiale fobie gaan gewoonlik hierdie versteurings vooraf. Die *DSM-IV* beskou vermydende-persoonlikheidsversteuring ook as 'n algemene ko-morbiede diagnose by sosiale fobie, veralgemeende tipe. Sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring is in Afdeling 2.2.3 in meer detail bespreek.

Sanderson et al. (1990) het bevind dat byna 60 % van 'n steekproef van 24 individue met 'n primêre diagnose van sosiale fobie ook aan die kriteria vir ten minste een addisionele As I versteuring voldoen. (Een-en-twintig persent van hierdie 60 % het aan die kriteria vir distimie voldoen, 25 % aan die kriteria vir eenvoudige fobie, en 17 % aan die kriteria vir paniekversteuring met agorafobie.) Turner, Beidel, Borden, Stanley en Jacob (1991) het 'n ietwat laer persentasie van ko-morbiditeit gevind naamlik by 43 % van 71 sosiaal-fobiese persone. In hierdie geval was veralgemeende angsversteuring die mees algemene ko-morbiede As I diagnose.

Weiller et al. (1996) het in hulle studie gevind dat by pasiënte met huidige sosiale fobie 33 % met 'n huidige major depressiewe episode gepresenteer het, teenoor 10 % van nie-sosiaal-fobiese persone ($p < .01$); 26,8 % het 'n veralgemeende angsversteuring gehad, teenoor 12 % van nie-sosiaal-fobiese persone; en 18,5 % het aan die kriteria vir agorafobie voldoen, teenoor 3,2 % van nie-sosiaal-fobiese persone ($p < .001$).

Sosiale fobie en depressie

Behalwe vir bogenoemde bevindings met betrekking tot depressie, wys talle studies volgens Davies, Norman, Cortese en Malla (1995) in verskeie opsigte op 'n sterk verband tussen angs en depressie. Die resultate van hulle eie studie dui daarop dat hierdie verband sterker is by angs oor sosiale evaluasie en onbekende situasies as by angs oor fisiese gevaar. Weiller et al. (1996) wys daarop dat substansiële ko-morbiditeit van major depressie konsekwent in kliniese en gemeenskapsteekproewe van sosiale fobie waargeneem word (Amies et al., 1983; DeGonda & Angst, 1993; Schneier et al., 1992; Solyom, Ledwidge, & Solyom, 1986). Weiller et al. (1996) het ook gevind dat sosiaal-fobiese persone selde hulle algemene praktisyn konsulteer, behalwe as hulle depressief is.

Sosiale fobie en alkoholisme

Studies wat die mate van alkoholisme by sosiale fobie ondersoek, het met 'n wye verskeidenheid persentasies te voorskyn gekom (Holle et al., 1995). Amies et al. (1983) het gerapporteer dat 20 % van hulle steekproef sosiale fobiese pasiënte alkohol in oormaat neem. Schneier, Martin, Liebowitz, Gorman en Fyer (1989) het 98 buite-pasiënte, wat aan die *DSM-III-R* kriteria (American Psychiatric Association, 1987) vir sosiale fobie voldoen het, se geskiedenis van alkoholisme ondersoek en bevind dat 16% van die 98 ook aan die Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott, & Robins, 1978, in Schneier et al., 1989) vir lewenslange

diagnose van alkoholisme voldoen het. Schneier et al. (1992) het rapporteer dat 18 % van *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) sosiaal-fobiese persone in die Nasionale Instituut vir Geestesgesondheid Epidemiologie Opvangsarea Studie ko-morbied alkohol misbruik het. Die relatiewe risiko van alkoholisme is bereken as 2,2 keer groter vir sosiaal-fobiese persone as vir persone met geen geestesversteuring. Thyer et al. (1986) het die Michigan Alcoholism Screening Test (MAST, Selzer, 1971) op 'n verskeidenheid angspasiënte, insluitende *DSM-III* sosiaal-fobiese persone, toegepas. Hulle bevinding was dat 4 uit 11 (36,4 %) sosiaal-fobiese persone 'n telling van 5 of hoër op die MAST behaal het, wat as aanduidend van alkoholisme beskou word.

Die voorkoms van sosiale fobie by alkoholiste is ook in 'n paar studies gerapporteer. Chambless et al. (1987) het gevind dat 14 uit 75 (18,67 %) binne-pasiënt alkoholiste aan *DSM-III* kriteria vir sosiale fobie voldoen het. Mullaney en Trippett (1979) het sosiale fobie by 56 % van 'n steekproef binne-pasiënt alkoholiste gevind. Smail et al. (1984) het gerapporteer dat 41 % van 60 alkoholiste in hulle studie as sosiaal-fobies gediagnoseer is. Stravynski, LaMontagne en Lavallee (1986) se gerapporteerde persentasie van *DSM-III* sosiale fobie was veel laer: 7,8 % van 'n steekproef van 173 onthoudende buite-pasiënt alkoholiste. In 'n paar van hierdie studies was die gemiddelde ouderdom van aanvang van sosiale fobie beduidend vroeër as die gemiddelde ouderdom van aanvang van alkoholisme (Chambless et al., 1987; Schneier et al., 1992).

2.6 VOORKOMS, GESLAGSVERDELING, VERLOOP EN FAMILIE-PATRONE

Voorkoms

Daar is heelwat variasie in die gerapporteerde voorkomskoerse vir sosiale fobie (American Psychiatric Association, 1994; Antony, 1997). Die *DSM-IV* rapporteer wisselings in leeftydsvorkoms van 3 % tot 13 %, terwyl gerapporteerde voorkomskoerse volgens Weiller et al. (1996) van 2,4 % (Schneier et al., 1992) tot 16 % (Wacker, Mülleijans, & Klein, 1992) wissel. Volgens die *DSM-IV* kan hierdie wisselings moontlik toegeskryf word aan die drempel wat gebruik word vir die bepaling van ontsteltenis of belemmering, en die aantal of tipes sosiale situasies wat spesifiek in die studies ondersoek is. Onlangse epidemiologiese data is gebaseer op meer as 8 000 individue in die National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994), waarvolgens 'n leeftydsvorkoms van 13,3 % bereken is, en data bekom deur die Wêreld Gesondheidorganisasie se projek oor Sielkundige Probleme in Algemene Gesondheidsorg in Parys, waarin 'n leeftydsvorkoms van 14,4 % bevind is (Weiller et al., 1996). Weiller et al. (1996) het ook 'n een maand voorkoms van 4,9 % gerapporteer.

Volgens Salaberría en Echeburúa (1998) is sosiale fobie na agorafobie die mees algemene fobie wat in kliniese praktyk gesien word en verantwoord dit vir 25 % van alle fobies.

Die meeste individue met sosiale fobie vrees publieke spraak of toesprake (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994; Weiller et al., 1996). Weiller et al. (1996) het gevind dat 89,3 % van hulle pasiënte met 'n leeftydidiagnose van sosiale fobie vrees vir publieke spraak of toesprake gerapporteer het. Hierdie vrees was

teenwoordig by twee-derdes van die pasiënte met slegs een vrees en by byna al die pasiënte met twee of meer vrese.

Volgens die *DSM-IV* vrees die oorgrote meerderheid sosiaal-fobiese persone, wat hulle in 'n kliniese konteks bevind, meer as een tipe sosiale situasie. Weiller et al. (1996) het gevind dat die meeste pasiënte òf een (30,6 % van pasiënte) òf twee (39,8 %) òf drie (27,2 %) situasies vrees. Die veralgemeende sub tipe word deur Turner en sy kollegas (1994) as die meer algemene vorm van sosiale fobie beskryf.

Volgens die *DSM-IV* is sosiale fobie selde die rede vir toelating tot 'n binne-pasiënt opset. Weiller et al. (1996) het bevind dat sosiaal-fobiese persone selde hulle algemene praktisyn met betrekking tot hulle sielkundige probleme konsulteer, behalwe as hulle depressief is, en dat sosiale fobie onder-gediagnoseer word.

Geslagverdeling

Kessler et al. (1994) rapporteer 'n lewensvoorkoms van 11,1 % vir mans en 15,5 % vir vroue. Hierdie verhouding van mans tot vroue lê na aan Weiller et al. (1996) se ratio van 4,3 % mans teenoor 5,6 % vroue vir huidige voorkoms. Volgens die *DSM-IV* suggereer epidemiologiese en gemeenskapsteekproewe oor die algemeen dat sosiale fobie meer algemeen by vroue voorkom. In die meeste kliniese steekproewe is die geslagte egter òf eweredig verdeel (Antony, 1997; American Psychiatric Association, 1994) òf mans is in die meerderheid (American Psychiatric Association, 1994). Na aanleiding van 'n literatuuroorsig meen Brown et al. (1993) dat die veralgemeende en nie-veralgemeende subtypes van sosiale fobie nie verskil met betrekking tot geslag nie.

Verloop

Sosiale fobie begin tipies, volgens die *DSM-IV*, in die middel-tienerjare, en ontwikkel soms uit 'n kindergeskiedenis van sosiale inhibisie of skaamheid, terwyl sommige individue rapporteer dat dit reeds in hulle vroeë kinderjare 'n aanvang geneem het. Davidson, Hughes, George en Blazer (1994) het bevind dat dit gereeld in adolessensie of kinderjare 'n aanvang neem. Die studie van Weiller et al. (1996) rapporteer 'n gemiddelde aanvangsouderdrom van 15,1 jaar ($SA = 8,0$) en 'n mediaan van laer as 14 jaar (ongeweegde syfers). Meer as 90 % van hulle pasiënte met 'n leeftydsgiagnose het 'n aanvang voor 25 jaar gerapporteer.

Navorsingsbevindings dui daarop dat persone met die veralgemeende sub tipe jonger is en dat hulle sosiale fobie vroeër 'n aanvang geneem het (bv. Brown et al., 1993; Heimberg, Hope et al., 1990; Levin et al., 1993).

Die aanvang van sosiale fobie kan skielik op 'n stresvolle of vernederende ervaring volg, of dit kan geleidelik plaasvind, en die verloop is dikwels deurlopend en lewenslank (American Psychiatric Association, 1994). Stemberger et al. (1995) vermoed dat 'n gekondisioneerde vreesrespons meer algemeen verband kan hou met die spesifieke sub tipe, en dat 'n meer geleidelike aanvang kenmerkend kan wees van die veralgemeende sub tipe.

Echeburúa (1993 en 1995, in Salaberría & Echeburúa, 1998) skryf die gewoonlike chronistiteit van sosiale fobie daaraan toe dat hulp nie gesoek word nie, moontlik omdat die probleem toegeskryf word aan skaamheid en dus as onveranderbaar beskou word, of omdat daar eers op 'n gevorderde stadium (5 tot 10 jaar na aanvang) vir terapie aangemeld word. Davidson et al. (1994) en Schneier et al. (1992) wys ook op 'n lae koers van natuurlike herstel. Die versteuring kan egter wel afneem in erns of in remissie gaan gedurende volwassenheid. Die graad van die erns van belemmering kan fluktureer volgens lewensstressors en eise (American Psychiatric Association, 1994).

Familiale patroon

Sosiale fobie blyk meer algemeen by eerste graadse biologiese verwante van persone met die probleem as by die algemene publiek voor te kom (American Psychiatric Association, 1994; Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz, & Klein, 1993; Perugi et al., 1990; Reich & Yates, 1988; Turner & Beidel, 1989).

2.7 ETIOLOGIESE FAKTORE

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie of ontwikkelingsverloop van sosiale fobie, is verskeie faktore in die verband ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees (Stemberger et al., 1995).

Daar blyk 'n verhoogde voorkoms van sosiale fobie by familieleden van persone met sosiale fobie te wees (Fyer et al., 1993; Perugi et al., 1990; Reich & Yates, 1988; Turner en Beidel, 1989). Familiestudies suggereer dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel in die ontwikkeling van die versteuring. Die manier waarop dit geskied, is egter onbekend (Stemberger et al., 1995). Van die potensieel belangrike biologiese veranderlikes wat geïdentifiseer is, is dat individue met sosiale fobie se hartklop, in vergelyking met die van normale kontrole persone, in uitdagende sosiale situasies verhoog is (Beidel et al., 1985), en dat hierdie verhogings die grootste is by persone wat aan die spesifieke sosiale fobie subgroep behoort (Levin et al., 1993). Levin, Schneier en Liebowitz (1989) het gerapporteer dat die responsprofiel, van individue met sosiale fobie wat met 'n monoamien oksidase inhibeerder behandel word, 'n rol deur die sentrale- dopamienergiese sisteem suggereer. Die studies het egter nie finale uitsluitel gegee nie. Dit moet ook in gedagte gehou word dat fisiologiese verskille die resultaat eerder as die oorsaak van die versteuring kan wees (Stemberger et al., 1995). Wat angssimptomatologie oor die algemeen betref, blyk daar min twyfel daaroor dat daar 'n substansiële genetiese invloed is.

Oor die spesifieke aard van hierdie genetiese invloed is egter nog min bekend (Rapee & Heimberg, 1997). Omvangryke tweelingstudies het duidelik aangtoon dat 'n groot deel van die genetiese invloed op angssimptomatologie en angsversteurings algemeen te vind is by al die angsversteurings en waarskynlik ook by sommige vorms van depressie (Andrews, 1996; Kendler, Heath, Martin, & Eaves, 1987). Hierteenoor demonstreer familie-studies dikwels diagnostiese spesifiekheid binne families (Rapee & Heimberg, 1997). So

het Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin en Klein (1995) gevind dat individue met sosiale fobie meer waarskynlik eerstegraadse verwante met sosiale fobie as met paniekversteuring of eenvoudige fobie sal hê. Die kombinasie van hierdie informasie suggereer dat 'n algemene tendens om situasies as bedreigend te interpreteer geneties gemedieer kan wees, terwyl familie-omgewingsfaktore van belang kan wees in die kanalisering van hierdie prosesseringstyl in spesifieke afsetkategorieë, byvoorbeeld sosiale situasies (Rapee & Heimberg, 1997). In aansluiting hierby het Kendler, Neale, Kessler, Heath en Eaves (1992), na aanleiding van 'n studie waarin van 'n populasie-gebaseerde tweelingregister gebruik gemaak is en 'n oorerflikheidskatting vir fobies by vroue van 30 % tot 40 % gevind is, tot die slotsom gekom dat sosiale fobie uit die gekombineerde effekte van genetiese en nie-spesifieke omgewingsfaktore spruit.

Wat familie-omgewing en style van ouerskap betref, is daar talle studies wat die verband tussen 'n oorbeskermende of oorbetrokke ouerstyl en angssimptomatologie ondersoek het. Hierdie studies dui breedweg daarop dat oorkontroleerende ouerskap positief verband hou met ang (Rapee, 1997). Die studies wat wel tussen tipes ang onderskei het, het geneig om op 'n ietwat meer konsekwente verhouding tussen oorbeskermende ouerskap en sosiale fobie as tussen oorbeskermende ouerskap en die ander angsversteurings te dui (Arrindell et al., 1989; Bruch et al., 1987, in Rapee et al., 1988; Rapee & Mellville, 1997). Modelleringsfaktore kan ook invloedryk wees wat die ontwikkeling van sosiale vrese betref. Een of beide ouers van persone met sosiale fobie sal waarskynlik hoë tellings vir sosiale besorgdheid behaal (Bruch, Heimberg et al., 1989). Kinders kan dan ook verbale en nie-verbale boodskappe van ouers internaliseer. So is in twee studies (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg et al., 1989) gevind dat volwasse sosiaal-fobiese persone meer waarskynlik in retrospek sal rapporteer dat hulle ouers 'n hoë premie op die opinies van ander geplaas het, as agorafobiese of nie-kliniese kontrole persone. Barrett, Rapee, Dadds en Ryan (1996) het bevind dat kinders met 'n verskeidenheid angsversteurings, insluitende sosiale fobie, meer waarskynlik vermyding van 'n sosiale bedreiging sal rapporteer na hulle die situasie met hulle ouers bespreek het as daarvoor. Mikro-onderzoek van hierdie ouers-kind interaksies het aangedui dat angstige ouers meer waarskynlik vermydende response by hulle kinders sal steun (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, in Rapee & Heimberg, 1997). Laastens het verskeie studies getoon dat persone met sosiale fobie meer waarskynlik sal rapporteer dat hulle ouers nie familie-sosialisering aangemoedig het nie, in teenstelling met persone met paniekversteuring of nie-kliniese kontrole persone (Bruch & Heimberg, 1994; Bruch, Heimberg et al., 1989; Rapee & Melville, 1997, in Rapee & Heimberg, 1997).

Verdere faktore wat in verhouding tot die ontwikkeling van sosiale fobie ondersoek is, is skaamheid, neurotisme en introversie, inhibisie en traumatiese kondisionering. Eysenck (1982) het opgemerk dat hoë vlakke van introversie en neurotisme beide verband hou met skaamheid en die ontwikkeling van angsversteurings. Empiriese steun vir hierdie verhoudings is in studies van beide mense en nie-menslike primate gevind, waar subgroepe beide geïnhibeerde gedrag en fisiologiese reaktiwiteit in nuwe en sosiale situasies getoon het (Higley & Suomi, 1989; Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons, & Johnson, 1988).

Wat skaamheid betref, is dit steeds onduidelik of dit 'n voorganger of kwesbaarheidsfaktor of alternatiewelik 'n ligter weergawe van 'n sosiale fobie is. Laasgenoemde opsie is problematies in die sin dat skaamheid 'n baie vroeë aanvang het en in baie gevalle van verbygaande aard is, terwyl sosiale fobie as 'n chroniese, standhoudende probleem beskou word. Nietemin blyk daar 'n aansienlike oorvleueling ten opsigte van die kliniese beelde van skaamheid en introversie, en 'n verband tussen skaamheid en sosiale fobie te wees. Volgens die siening van skaamheid as 'n predisionerende faktor, bevorder ander faktore, soos traumatiese kondisioneringservarings, die uiteindelijke ontwikkeling van die versteuring (Stemberger et al., 1995). Stemberger en sy kollegas (1995) het bevind dat skaamheid in die kinderjare, tesame met traumatiese kondisionering, die teenwoordigheid van sosiale fobie voorspel, hoewel ander ongeïdentifiseerde faktore ook klaarblyklik relevant was. Die teenwoordigheid van beide hierdie veranderlikes was slegs by die veralgemeende subtipte beduidend meer waarskynlik as by die normale kontrolegroep.

Kagan, Snidman en Arcus (1992) verwys na 'n vroeë aanvangspatroon, wat grootliks deur sosiale inhibisie, ongemak met die nuwe of onbekende, en verhoogde fisiologiese opwekking gekenmerk word, met die term gedragsinhibisie. Hierdie sindroom kan so vroeg as op 4 maande begin en duur tot ten minste sewe en 'n half jaar (Kagan et al., 1992). Gedragsinhibisie kan moontlik 'n ontwikkelingsvoorganger van sosiale fobie wees, of alternatiewelik kan dit as konstitusionele kwesbaarheid vir die ontwikkeling van sosiale fobie dien, deurdat dit die individu se sensitiwiteit vir sosiale evaluasie van traumatiese gebeure verhoog (Stemberger et al., 1995). Volgens Stemberger et al. (1995) toon sindrome soos skaamheid, introversie, neurotisme, inhibisie en gedragsinhibisie topografies ooreenstemming met gedrag wat in die angsversteurings en veral sosiale fobie openbaar word. Amies et al. (1983) en Watson, Clark en Carey (1988) het hoë neurotisme en lae ekstraversie – positiewe emosionaliteit by individue met sosiale fobie gerapporteer. Stemberger et al. (1995) het gevind dat hoewel beide die veralgemeende en spesifieke sosialefobie-subtipes hoër neurotisme as die kontrolegroep openbaar het, die veralgemeende subtipte beduidend laer ekstraversie as die kontrolegroep getoon het, terwyl die spesifieke groep nie van die normale groep ten opsigte van ekstraversie verskil het nie. Individue met spesifieke sosiale fobie het beduidend laer neurotisme tellings en beduidend hoër ekstraversie tellings as individue met veralgemeende sosiale fobie behaal. Volgens Stemberger et al. (1995) is hierdie bevindings konsekwent met die hipotese dat skaamheid die manifestasie van 'n algemene temperamentele neiging tot sosiale inhibisie is. Die meganisme waarvolgens hierdie kenmerke (skaamheid, introversie, neurotisme, inhibisie en gedragsinhibisie) op sigself of in kombinasie kan bydra tot die aanvang van sosiale fobie is egter nog onduidelik (Stemberger et al., 1995).

Die etiologie van sosiale fobie is dus oor die algemeen nog onduidelik. Verskeie faktore blyk waarskynlik relevant in die aanvang van die versteuring te wees. Data met betrekking tot hierdie veranderlikes is egter beperk. Voorts is daar geen bewyse wat slegs een etiologiese weg suggereer nie. Verskillende etiologiese determinante mag van toepassing wees vir verskillende individue. Daar is ook 'n gebrek aan vergelykende etiologie-navorsing met betrekking tot die twee sosiale fobie subgroepe.

2.8 SAMEVATTING

Sosiale fobie is 'n kliniese angsversteuring wat in 1980 deel van die sielkundige en psigiatryse nomenklatuur geword het toe dit in die *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is. Die versteuring word deur 'n duidelike en standhoudende vrees vir sosiale of optrede-situasies gekenmerk. Die individu vrees dat hy / sy op 'n vernederende of embarrasserende wyse sal optree (of angssimptome sal wys). Die gevreesde sosiale of optrede-situasies word vermy, of word andersins met intense ang of ontsteltenis verduur. Blootstelling aan hierdie situasies ontlok byna sonder uitsondering ang, wat die vorm van 'n paniekaanval mag aanneem.

Sosiale fobie hou dikwels met ernstige sosiale beperkings verband. Gebrekkige sosiale vaardighede kom dikwels voor, hierdie persone het minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou, en akademiese en beroepsfunksionering word dikwels ontweig. Aansienlike somatiese simptome word dikwels in sosiale situasies ervaar en sosiale fobie hou met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband. Daar is ook aanduidings van verhoogde alkoholgebruik om ang in sosiale situasies te verlig.

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is, het sosiale fobie 'n heterogene versteuring geblyk te wees en verskeie vorme van diagnostiese subtipering is al deur navorsers voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So is dit in die *DSM-III-R* en *DSM-IV* hanteer deur die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie, wat aandui dat die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit.

In sulke gevalle moet 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ook oorweeg word, hoewel twyfel in die literatuur bestaan oor die definisie of diagnostiese kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring, en dit ook betwyfel word of vermydende-persoonlikheidsversteuring wel 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie is. Sosiale fobie kan ook met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompulsiwete versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring geassosieer wees.

Sosiale fobie blyk 'n redelik algemene versteuring te wees en leeftydsvorkoms koerse van tot so hoog as 16 % word gerapporteer. Die *DSM-IV* rapporteer wisselings in leeftydsvorkoms van 3-13 %. Volgens Salaberría en Echeburúa (1998) is sosiale fobie na agorafobie die mees algemene fobie wat in kliniese praktyk gesien word en verantwoord dit vir 25 % van alle fobies. Epidemiologiese en gemeenskapsteekproewe suggereer dat sosiale fobie meer algemeen by vroue voorkom, terwyl daar 'n eweredige verdeling van geslagte of 'n meerderheid van mans in die meeste kliniese steekproewe voorkom.

Sosiale fobie begin tipies in die middel-tienerjare en kan ook in die kinderjare ontstaan. Dit is meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk deur

sosiale inhibisie en skaamheid, kan skielik op 'n stresvolle of vernederende ervaring volg, of kan geleidelik ontwikkel. Die verloop is dikwels deurlopend en lewenslank.

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie by sosiale fobie, word verskeie faktore ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees. Daar is aanduidings dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel, dat familie-omgewingsfaktore 'n belangrike invloed mag wees en daar is sprake van nie-spesifieke omgewingsfaktore.

Hoewel navorsing oor sosiale fobie oor die afgelope jare dramaties toegeneem het en navorsers 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring begin kry het en enkele behandelingsmetodes al effektief bevind is, word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter dié oor sekere ander angsversteurings (bv. paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou.

3. KOGNITIEWE TEORIE EN NAVORSING OOR SOSIALE FOBIE

3.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk handel oor huidige modelle en teorieë in terme waarvan die etiologie, handhawing en aard van sosiale fobie verstaan kan word, en die navorsing wat op hierdie modelle en teorieë gebaseer is. Die tersaaklike modelle en teorieë word eers bespreek. Soos sal blyk, kry kognitiewe modelle en teorieë vir sosiale fobie veral aandag en erkenning in die literatuur en navorsing. Die tweede deel van die hoofstuk gaan oor navorsing oor kognitiewe modelle, teorieë en faktore rakende die aard, etiologie en handhawing van sosiale fobie. Navorsing oor aandagsverdraaiing in die vorm van selektiewe aandag aan die gedrag van ander, asook 'n verhoogde selffokus, weens 'n vrees vir kritiek en 'n negatiewe evaluasie deur ander, word ook in hierdie afdeling bespreek. In die derde deel van die hoofstuk word die oorsake van aandagsverdraaiing soos eksperimenteel vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma ondersoek, bespreek. Die klem val veral op die gebruik van 'n bepaalde metingsmetodologie, naamlik die emosionele-Strooptaak. Die hoofstuk word afgesluit met 'n samevatting van die huidige status van kognitiewe teoretisering en navorsing rakende sosiale fobie, en lig vraagstukke wat verdere aandag vereis uit.

3.2 TEORETIESE MODELLE, KOGNITIEWE TEORIEË EN KOGNITIEWE FAKTORE MET BETREKKING TOT DIE ETIOLOGIE, HANDHAWING EN AARD VAN SOSIALE FOBIE

3.2.1 Teoretiese modelle

Hope et al. (1993) het uit 'n oorsig van die literatuur tot die slotsom gekom dat drie omvattende modelle van sosiale fobie ten minste 'n mate van aanvaarding bereik het:

1. **Die Psigobiologiese / Etiologiese Model** is in die vroeë 1980's deur Trower en Turland (1984) ontwikkel. Dit is as 'n stresbeoordelingsmodel beskryf en is later uitgebrei om 'n etiologiese perspektief in te sluit (Trower & Gilbert, 1989). Volgens hierdie model kom sosiale angs voor as deel van 'n verwikkelde skema om intra-spesie bedreiging te hanteer, en het dit ontstaan om die ontwikkeling van komplekse sosiale groepe te fassilliteer.
2. **Die Self-Voorstellingsmodel van Sosiale Angs**, is deur Schlenker en Leary (1982) beskryf. Volgens hierdie model kom sosiale angs voor wanneer 'n individu 'n bepaalde indruk op ander wil maak en twyfel of hy / sy suksesvol daarin sal wees. In latere verfynings van die model (soos opgesom in Leary, Kowalski, & Campbell, 1988) het Leary situasionele en disposisionele faktore geïdentifiseer, wat die motivering om betrokke te raak in die bestuur van indrukke wat gemaak word, en / of self-werksaamheid om die gewenste indruk te bereik, verhoog.
3. **Beck se Kognitiewe Teorie van Sosiale Angs** (Beck et al., 1985) is 'n kognitiewe model van fobies en angs, met spesifieke toepassings op sosiale angs. Die skema-konsep, wat ook in hierdie hoofstuk bespreek word, is sentraal in hierdie model. Beck en sy kollegas se kognitiewe teorieë word verderaan in hierdie afdeling in meer detail bespreek.

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou, en verskeie skrywers soos Butler (1985) en Emmelkamp (1982) stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie van belang mag wees (Stopa & Clark, 1993). Dit blyk dan ook, wat bogenoemde drie modelle betref, dat Beck se Kognitiewe Teorie van Sosiale Angs heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry het. Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) is Heimberg (1991) se kognitiewe gedragsbehandeling van sosiale fobie in 'n groep-opset, wat ook in die huidige studie gebruik is, op die teorieë van Beck gebaseer. Vervolgens word hierdie model en verwante modelle, asook die onlangse Kognitiewe Gedragsmodel van Angs in Sosiale Fobie, van Rapee en Heimberg (1997) bespreek, waarna verwante, asook alternatiewe kognitiewe navorsing bespreek word.

3.2.2 Beck se kognitiewe teorie van sosiale ang

Volgens die model wat Beck en sy kollegas (Beck et al., 1985) vir sosiale fobie aanbied, raak sosiaal-fobiese persone angstig in antisipasie van of by deelname aan sosiale situasies vanweë oortuigings na aanleiding waarvan hulle voorspel dat hulle wyse van optrede tot verwerping of verlies aan status sal lei. Sodra hierdie negatiewe sosiale gedagtes aan die gang gesit is, dra dit by tot 'n reeks van bose kringlope wat die sosiale fobie handhaaf. Somatiese en gedragsimptome van ang raak verdere bronne vir die persepsie van gevaar en ang. (Bloos word byvoorbeeld deur die persoon geïnterpreteer as bewys dat hy / sy wel 'n gek van hom- / haarself maak.) Die persoon raak gepreokkupeerd met sy / haar negatiewe gedagtes, wat dan met die vermoë om sosiale riglyne te prosesseer inmeng, wat weer tot 'n objektiewe afname in doeltreffendheid van optrede lei. Sommige van die veranderinge in die sosiaal-fobiese persoon se gedrag mag minder vriendelike gedrag van ander ontlok, wat dan ten dele die sosiaal-fobiese persoon se vrese bevestig. Aandagsvoorkeur aan aanduidings van bedreiging beteken dat wanneer hierdie persone nie met hulle interne dialoog gepreokkupeerd is nie, hulle waarskynlik eerder aspekte van hulle eie en ander se gedrag, wat as bewys van werklike of dreigende negatiewe sosiale evaluasie geïnterpreteer kan word, sal waarneem.

Die skemakonsep, wat sentraal in Beck en sy kollegas (Beck et al., 1985) se model is, verwys na 'n basiese kognitiewe struktuur wat die prosessering van informasie rig. Skemata word gekonseptualiseer as reëls wat informasie klassifiseer, prioritiseer en interpreteer. Dit fassiliteer ook die herroep van relevante informasie. Skemata word in modusse gegroepeer, wat 'n algemene voor-ingenomendheid of kognitiewe stel / ingesteldheid skep, wat die individu van een situasie na die volgende oordra. Volgens Beck et al. (1985) funksioneer angsversteurde persone gewoonlik in die kwesbaarheidsmodus. In die kwesbaarheidsmodus word die wêreld as 'n gevaarlike plek, waarin die individu konstant op potensiële bedreiging bedag moet wees, gesien. As gevolg van hierdie hiperwaaksaamheid word neutrale of ietwat positiewe aanduidings negatief geïnterpreteer. Positiewe of veiligheidsaanduidings word misken of geïgnoreer, soos ook herinneringe of beoordelings met betrekking tot persoonlike bronne of suksesse.

Die gevaar vir sosiaal-fobiese persone lê in sosiale interaksie, en sosiaal-fobiese persone is hiperwaaksaam vir aanduidings van sosiale bedreiging (Hope, Rapee, Heimberg, & Dombeck, 1990; Mattia, Heimberg, & Hope, 1991). Hierdie aanduidings kan dan opgeblaas of oordryf word, sodat 'n

skaars merkbare hakkel tydens 'n gesprek as inkoherensie gesien word, en die weiering van 'n versoek om uit te gaan 'n eensame en geïsoleerde bestaan voorspel.

3.2.3 'n Kognitiewe-gedragsmodel van angste in sosiale fobie (Rapee & Heimberg, 1997)

Hierdie model bied 'n konseptualisasie aan van die ervaring van angste in sosiale of evaluasie-situasies by persone met sosiale fobie. Die manier waarop hierdie persone informasie in verband met potensiële evaluasie waarneem en prosesseer, en die wyse waarop hierdie prosesse verskil by persone met hoë teenoor lae sosiale angste, word beskryf. Daar word geargumenteer dat distorsies en voorkeure in die prosessering van sosiale of evaluasie-informasie tot verhoogde angste in sosiale situasies lei en dan help om die sosiale fobie te handhaaf.

Volgens die skrywers (Rapee & Heimberg, 1997) brei hierdie model uit op vorige modelle (bv. Carver & Scheier, 1978; Schlenker & Leary, 1982) en sluit dit aan by soortgelyke huidige denke (Clark & Wells, 1995). Hulle gee ook te kenne dat daar verskeie alternatiewe perspektiewe (bv. sosiaal, biologies) waaruit hulle kon kies, bestaan. Hulle meen egter dat hulle fokus op 'n kognitiewe perspektief, wat op behandelings- en navorsingsmetodes wat algemeen in hierdie veld voorkom gebaseer is, die mees logiese raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied. Daar word dan ook in hulle beskrywing en bespreking van die model na talle studies, wat ook in hierdie hoofstuk gerapporteer is, verwys.

Hoewel Rapee en Heimberg (1997) voorlopige aannames, konsepte en komponente van hulle model (toeskouers; kognitiewe voorstelling van die self soos gesien deur die toeskouers; toekenning van aandagsbronne; vergelyking van die toeskouers se waargenome beoordeling met hulle verwagte standaard; beoordeling van waarskynlikheid en gevolge van negatiewe evaluasie; angste), etiologiese oorwegings en behandelingsoorwegings (met verwysing na verwante teoretisering en navorsing) beskryf en bespreek, word daar in hierdie gedeelte slegs kortliks op die model self gefokus.

Die model gaan van die veronderstelling uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus waarskynlik negatief sal valueer (Leary et al., 1988). Hulle heg dan ook fundamentele belang daaraan om positief deur ander beoordeel te word. Verskeie prosesse, wat sosiale fobie genereer of handhaaf, kan binne hierdie raamwerk voorkom. Hierdie prosesse bly essensieel dieselfde, of 'n persoon hom in 'n sosiale of evaluasie-situasie bevind, dit antisipeer, of in retrospek deurgaen. Wanneer die individu 'n sosiale situasie teëkom, vorm hy / sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy / sy aanneem die toeskouer(s) sy / haar eksterne voorkoms en gedrag waarskynlik sien, en fokus hy / sy terselfdertyd sy / haar aandagsbronne op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing. Die voorstelling van die eie voorkoms en gedrag is nie werklik 'n homunculus nie, maar is 'n losweg geïntegreerde amalgaam wat op 'n verskeidenheid insette gebaseer is. Informasie wat uit langtermyn geheue onttrek word (bv. herroeping van algemene voorkoms en vorige ervaring in die situasie), interne informasie (bv. fisiese simptome), en eksterne informasie (bv. terugvoer van toeskouers) word deur hierdie insette ingesluit. Aandagsbronne word aan prominente aspekte van die selfbeeld (gewoonlik kenmerke wat relevant is in die situasie en potensiële negatief is) en die monitor van potensiële eksterne

bedreiging toegeken. Vir sosiaal-fobiese persone behels potensiële eksterne bedreiging aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie, soos 'n frons of tekens van verveeldheid.

Behalwe vir die toeken van aandagsbronne aan hierdie eksterne bedreigings en die kognitiewe voorstelling van eie voorkoms en gedrag, formuleer die individu, terselfdertyd 'n voorspelling van die verwagte standaard of norm vir optrede wat hy van die gehoor verwag om in die spesifieke situasie in te span. Die toeskouers se verwagte siening van die individu en hulle veronderstelde situasionele standarde word vergelyk ter beraming van die toeskouers se persepsie van die individu se huidige optrede (en, by uitbreiding, van die individu self). 'n Bepaling, of die individu optree op 'n wyse wat aan spesifieke, veronderstelde standarde van 'n gegewe gehoor in 'n gegewe situasie voldoen, word dus gemaak. Die diskrepansie tussen die individu se persepsie van die toeskouers se taksasie van sy / haar optrede (voorkoms en / of gedrag), en die individu se persepsie van die toeskouers se standaard vir die evaluasie van sy / haar voorkoms en / of gedrag, bepaal die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en oorweging van die sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. Die voorspelde negatiewe evaluasie ontlok verdere angs, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, wat dan die individu se kognitiewe voorstelling van sy / haar voorkoms en / of gedrag soos gesien deur die toeskouers beïnvloed, en die siklus word hernu.

3.3 NAVORSING OOR KOGNITIEWE MODELLE, TEORIEË EN FAKTORE RAKENDE DIE AARD, ETIOLOGIE EN HANDAWING VAN SOSIALE FOBIE

3.3.1 Inleiding

Kognitiewe manifestasies is opvallend by sosiale fobie (Butler, 1985; Emmelkamp, 1982; Woody, Chambless, & Glass, 1997), en navorsing bevestig dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband hou (Bruch, Mattia, Heimberg, & Holt, 1993). So het kognitiewe navorsing van sosiale angs byvoorbeeld wanaangepaste attribusie style (Leary, Atherton, Hill, & Hur, 1986), bevooroordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer (O'Bannon & Arkowitz, 1977), diskrepansie in self-evaluasie, tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom / haar verwag om te hê (Strauman, 1989; Strauman & Higgins, 1988), en 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes (Glass et al., 1982), sowel as 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes (Bruch, Gorsky, Collins, & Berger, 1989), geïdentifiseer. Verskeie studies bied ook voorlopige steun vir die kognitiewe model van sosiale fobie (Stopa & Clark, 1993). Vervolgens word kognitiewe faktore en teorieë, wat verband hou met die kognitiewe model van sosiale fobie asook relevante navorsing bespreek.

3.3.2 Verwagtings van negatiewe sosiale gebeure

Lucock en Salkovskis (1988) het gevind dat, in vergelyking met normale persone, sosiaal-fobiese persone die waarskynlikheid dat negatiewe sosiale gebeure sal plaasvind oorskakel en die waarskynlikheid dat positiewe sosiale gebeure sal plaasvind onderskat. Foa, Franklin, Perry en Herbert (1996) het bevind dat persone met veralgemeende sosiale fobie negatiewe sosiale gebeure (voor behandeling) as meer

waarskynlik en meer negatief beoordeel het as nie-angstige kontrole persone. Hulle het ook die sosiale gebeure as meer waarskynlik en meer nadelig as nie-sosiale gebeure beoordeel, terwyl die nie-angstige kontrole persone die sosiale en nie-sosiale gebeure as ewe waarskynlik beoordeel het en negatiewe nie-sosiale gebeure as meer nadelig as die sosiale gebeure beskou het. Aandagsverdraaiing, wat met hierdie verskynsels verband hou, word later in hierdie hoofstuk afsonderlik bespreek.

3.3.3 Negatiewe kognisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling

Turner, Beidel en Larkin (1986) het gevind dat sosiaal-fobiese persone meer negatiewe en minder positiewe kognisies in drie interpersoonlike situasies as nie-sosiaal angstige deelnemers gehad het.

Stopa en Clark (1993) se studie oor die kognitiewe prosesse van sosiaal-fobiese persone in vergelyking met angstige en nie-pasiënt kontrolegroepe, het video-opnames van gesprekke met 'n pop behels. Hulle het ook 'n verhoogde aantal negatiewe gedagtes by die sosiaal-fobiese persone gevind. Meer spesifiek het hulle bevind dat die sosiaal-fobiese persone se verhoogde aantal negatiewe gedagtes tot gedagtes van negatiewe self-evaluasie beperk was, en dat daar geen groepperskille in negatiewe gedagtes wat eksplisiet oor negatiewe evaluasie deur die pop gaan, was nie. 'n Moontlike verklaring wat die skrywers hiervoor aanbied is dat sosiaal-fobiese persone se gedagtes nie deur data bepaal word nie, maar eerder deur 'n outomatiese program wat in 'n sosiale situasie geaktiveer word. Die persoon gaan dan deur hierdie repetoire van negatiewe gedagtes sonder om werklik aandag te gee aan wat in die situasie gebeur.

Rapee en Lim (1992) het ook gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n negatiewe vooroordeel in hulle globale beoordelings van hulle eie algemene sosiale optrede openbaar. Tog was die sosiaal-fobiese persone net so akkuraat soos nie-kliniese kontrole persone in hulle beoordeling van spesifieke sosiale gedrag. Dit mag dus wees dat, hoewel sosiaal-fobiese persone positiewe en negatiewe aspekte van hulle gedrag akkuraat waarneem, hulle die mate waartoe klein gedragstekorte die algemene indruk wat hulle op ander maak belemmer, oorskat.

Alden en Wallace (1995) het ook, soos Stopa en Clark (1993) en Rapee en Lim (1992), gevind dat sosiaal-fobiese persone 'n negatiewe vooroordeel in hulle beoordelings van hulle eie gedrag, relatief tot waarnemers se beoordeling van hulle gedrag, openbaar. Hulle het egter 'n positiewe vooroordeel in hulle beoordeling van die sosiale gedrag van die persoon met wie hulle in gesprek was, openbaar. Hoewel hulle steeds minder vaardigheid as kontrole deelnemers openbaar het, het die groep sosiaal-fobiese persone wat in interaksie met 'n responsiewe gespreksmaat was, meer effektiewe sosiale gedrag openbaar as die wat met 'n onresponsiewe maat in gesprek was. Nietemin het hierdie twee groepe sosiaal-fobiese persone hulle sosiale optrede tot dieselfde mate onderskat. Volgens Alden en Wallace (1995) dui dit daarop dat sosiaal-fobiese persone se negatiewe voor-ingesteldheid nie met die vaardigheid van hulle eie sosiale gedrag, of die aard van ander se gedrag teenoor hulle, of met ander faktore wat in negatiewe sosiale interaksie gevind word verband hou nie, maar dat dit eerder 'n kenmerk is van die manier waarop hulle hulleself beoordeel. Dit sluit dus aan by Stopa en Clark (1993) se interpretasie van hulle bevindings, soos vroeër in hierdie sub-afdeling genoem, naamlik dat sosiaal-

fobiese persone se gedagtes nie deur dit wat in die sosiale situasie gebeur bepaal word nie, maar dat dit eerder deur 'n outomatiese program van negatiewe gedagtes, wat in die situasie geaktiveer word, bepaal word.

3.3.4 Selektiewe en selfgefokuse aandag

3.3.4.1 Inleiding

Kognitiewe modelle van sosiale fobie verleen, onder andere, klem aan die rol van selektiewe aandag aan, of verhoogde prosessering van aanduidings van bedreiging (bv. Beck et al., 1985; Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988; Hope, Rapee et al., 1990; Lucock & Salkovskis, 1988). Hierdie aandagsvoorkeur aan aanduidings van bedreiging beteken dat wanneer sosiaal-fobiese persone nie gepreokkupeer is met hulle interne dialoog nie, hulle waarskynlik sal let op aspekte van hulle eie en ander se gedrag wat as aanduidings van dreigende of werklike negatiewe sosiale evaluasie beskou kan word (Stopa & Clark, 1993). So het Lundh en Öst (1996) gevind dat sosiaal-fobiese persone meer kritiese as aanvaardende gesigte herken het, terwyl kontrole persone meer aanvaardende as kritiese gesigte herken het. Die sosiaal-fobiese persone het ook die gesigte wat hulle herken het as meer krities beoordeel as die gesigte wat hulle nie herken het nie. Die kontrole persone het die gesigte as meer aanvaardend beoordeel. Volgens Lundh en Öst (1996) is hierdie bevindings in ooreenstemming met die hipotese dat die konsep van krities wees by sosiaal-fobiese persone deel vorm van 'n hoër georganiseerde netwerk van betekenisstrukture as by kontrole persone, waardeur die gesigte wat as meer krities gekodeer word vir sosiaal-fobiese persone meer herkenbaar gemaak word. Vanweë die navorsingsontwerp van hierdie studie kon 'n alternatiewe teoretiese verklaring egter nie uitgeskakel word nie. Volgens hierdie verklaring mag hier sprake wees van 'n responsvoorkeur, eerder as 'n werklike voorkeur in terme van herkenning. Winton, Clark en Edelman (1995) het verhoogde akkuraatheid in die bespeuring van negatiewe gesigsuitdrukkings en verlaagde akkuraatheid in die bespeuring van neutrale uitdrukkings by 'n nie-kliniese sosiaal-angstige populasie gevind. Dit het egter weer eens, soos in Lundh en Öst (1996) se studie, geblyk dat hierdie resultate ook aan 'n negatiewe responsvoorkeur toegeskryf kon word. Winton et al. (1995) se resultate het dus nie noodwendig met verhoogde waarneming of prosessering van aanduidings van bedreiging verband gehou nie, en kon ook aan negatiewe responsvoorkeur in die beoordeling van ander se emosionele uitdrukkings toegeskryf word. In ondersoek wat met bogenoemde twee studies verband hou, het Hope, Rapee et al. (1990) en Asmundson en Stein (1994) aanduidings gevind dat sosiaal-fobiese persone selektief aan negatiewe sosiale evaluasie-woorde aandag gee. In die volgende afdeling van hierdie hoofstuk sal informasie-prosessering en die relevante navorsing verder bespreek word.

Winton et al. (1995) spreek na aanleiding van hulle eie navorsing en met verwysing na die artikel van Clark en Wells (1995) die vermoede uit dat wat prosesseringsvoorkeur betref, sosiaal-fobiese persone meer gewig aan hulle eie indrukke van hulleself as aan negatiewe aanduidings van ander gee, wanneer hulle beoordeel hoe ander hulle sien.

Sosiaal-fobiese persone spandeer dan ook baie van hulle aandag, in sosiale situasies of in antisipasie daarvan, aan negatiewe self-evaluasie (Beidel et al., 1985; Cacioppo, Glass, & Merluzzi, 1979; Glasgow & Arkowitz, 1975; Glass et al., 1982; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Sulke verhoogde selffokus tydens sosiale interaksie is ook by skaam persone gevind (Melchior & Cheek, 1990). Navorsing toon 'n konsekwentheid in die assosiasie van self-gefokusde aandag met sosiale angs, belemmerde sosiale optrede, verhoogde angs en negatiewe selfbeoordeling, wat tot verskeie teorieë ter voorstelling van die rol van self-gefokusde aandag by sosiale fobie gelei het (Carver, Peterson, Follansbee, & Scheier, 1983; Hartman, 1983, 1984; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989; Schlenker & Leary, 1982; Woody et al., 1997). Daar sal vervolgens in meer detail op die selektiewe fokus van aandag op die self ingegaan word.

3.3.4.2 Self-fokus en belemmerde sosiale optrede

Konsekwent met die kognitiewe model het Beidel et al. (1985) gevind dat 'n hoë sosiale ansgroep minder sosiaal vaardig as 'n lae sosiale ansgroep in 'n reeks gedragstake is. Individuele metings van gedrag, soos oogkontak en stemtoon, het egter nie tussen die twee groepe onderskei nie. Stopa en Clark (1993) het ook gevind dat, volgens die beoordelings van waarnemers, sosiaal-fobiese persone swakker gevaar het in gespreksvoering as 'n kontrolegroep.

Self-gefokusde aandag blyk 'n nadelige effek op prestasie in sosiale evaluasie-situasies te hê. Liebling en Shaver (1973) het dit selfs by individue, wat nie vooraf geselekteer is vir sosiale fobie nie, gevind en Carver et al. (1983) het dit in 'n reeks eksperimente met hoë en lae toetsangs-deelnemers gevind. In studies met sosiaal-fobiese individue is 'n selfbewuste ingesteldheid verbind met swak prestasie in toetse van vermydingsgedrag, die demonstrasie van minder sosiale vaardighede in die betrokke sosiale situasies, rapportering van hoër angs, en rapportering van meer frekwente negatiewe gedagtes (Hope & Heimberg, 1988). Burgio, Merluzzi en Pryor (1986) het gevind dat deelnemers met lae selfvertroue as minder sosiaal vaardig beoordeel word wanneer self-gefokusde aandag deur middel van 'n videokamera geaktiveer word. Deelnemers met hoë en lae selfvertroue is egter as ewe vaardig beoordeel in afwesigheid van die kamera.

Volgens teorie belemmer oormatige self-fokus optrede deurdat daar in effek nie voldoende aandag oorbly vir die optimale hantering van die sosiale situasie nie (Hartman, 1983, 1984; Ingram, 1990; Sarason, 1975). Daar word byvoorbeeld gemeen dat die negatiewe interne dialoog, waartoe sosiaal-fobiese persone soos deur navorsing aangedui geneig is, hulle aandag aflei van riglyne of terugvoer oor hulle optrede (bv. Dodge et al., 1988). Alden en Wallace (1995) is van mening dat sosiaal-fobiese persone se probleem nie soveel selektiewe aandag aan informasie oor hulle eie optrede is nie, as wat dit 'n afwesigheid van informasie oor hulle optrede is. Hulle meen dit is moontlik dat sosiaal-fobiese persone se selfbeoordelings primêr op voorgestelde idees van hulleself as nie goed genoeg nie, en dus op hulle selfskemas gebaseer is, eerder as op informasie oor hulle werklike gedrag in die spesifieke interaksie.

Verskeie studies het self-gefokusde aandag as 'n afname in die vermoë om gebeure tydens die sosiale situasie te herroep geoperasionaliseer, omdat die hoë mate van self-gefokusde aandag dan tot 'n

onvermoë om aan die onderskeie kenmerke van die omgewing of gesprek aandag te skenk, sou lei. Hoewel sommige soos Daly, Vangelisti en Lawrence (1989) so 'n afname in herroeping gevind het, het ander soos Stopa en Clark (1993) en Rapee, McCallum, Mellville, Ravenscroft en Rodney (1994) dit nie gevind nie. Kimble en Zehr (1982) se navorsing bring 'n vraagteken oor die afleiding dat verhoogde self-fokus verband hou met verminderde aandag aan ander sosiale gebeure. Hulle het bevind dat deelnemers met 'n hoë mate van selfbewustheid wel swak herroeping van visuele informasie openbaar. Dit was egter nie die geval met verbale informasie, wat meer relevant vir sosiale optrede kan wees nie. Hierteenoor, en in aansluiting hierby, het Rapee et al. (1994) in vier studies misluk om 'n geheue-voorkeur by sosiaal-fobiese persone vir sosiaal-bedreigende informasie te demonstreer.

3.3.4.3 Self-fokus en verhoogde negatiewe affek

Behalwe vir die verband met belemmerde sosiale optrede, is self-fokus ook met verhoogde negatiewe affek geassosieer. In verskeie gemoedsinduksie studies het negatiewe gemoed tot verhoogde self-gefokusde aandag gelei (Salovey, 1992; Wood, Saltzberg, & Goldsamt, 1990; Wood, Saltzberg, Neale, Stone, & Rachmiel, 1990). Die omkeer van die rigting van oorsaaklike ondersoek, deur self-fokus met behulp van 'n spieël te verhoog, het nie tot die rapportering van verhoogde angs of negatiewe affek gelei nie (Carver & Scheier, 1978, 1981; Fenigstein, 1979). 'n Uitsondering was egter die studie van Gibbons et al. (1985) waarin psigiatriese pasiënte, met major affektiewe versteurings, groter negatiewe affek in die teenwoordigheid van 'n spieël gerapporteer het as dié pasiënte wat nie met 'n spieël gekonfronteer is nie. In twee studies waarin fokus van aandag meer direk gemanipuleer is, het self-fokus tot hoër angs gelei (Wells, 1991; Woody, 1996).

3.3.4.4 Self-fokus en negatiewe kognisies

Die mees konsekwente domein waarin sosiaal-fobiese persone negatief deur self-gefokusde aandag geaffekteer word, is negatiewe kognisie (Woody et al., 1997). Van die vroegste navorsers van die verskynsel van self-fokus by sosiale angs, Duval en Wicklund (1973), het gevind dat self-gefokusde deelnemers (deur middel van spieëlmanipulasie), in hipotetiese situasies meer verantwoordelikheid aan hulleself toegeskryf het. Self-fokus in laboratorium sosiale situasies het tot minder positiewe kognisies (Burgio et al., 1986; Fenigstein, 1979) en laer selfbeoordelings van sosiale vaardigheid (Daly et al., 1989; Johnson & Glass, 1989) gelei. Mahone, Bruch en Heimberg (1993) het in hulle navorsing oor fokus van aandag en sosiale fobie, en meer spesifiek, die rol van negatiewe self-gedagtes en waargenome positiewe eienskappe van ander, bevind dat die persentasie negatiewe self-gedagtes omgekeerd verband gehou het met self-vaardigheidsbeoordeling voor en vroeg tydens 'n tweegesprek met 'n vreemdeling, en positief verband gehou het met subjektiewe angs aan die einde van die interaksie. Na kontrole vir self-gedagtes het dit geblyk dat persepsies van die gespreksmaat se positiewe eienskappe bygedra het tot die voorspelling van gedragstekens van angs, maar nie tot selfdoeltreffendheid ("self-efficacy") of subjektiewe angs nie.

3.3.4.5 Slotgedagtes oor selfgefokusde aandag

Woody et al. (1997) het 'n studie gedoen waarin aspekte wat met verandering in situasionele self-fokus gepaard gaan, in die verloop van 'n kognitiewe gedragsterapie program (waarin 'n aangepaste weergawe van Heimberg [1991] en Heimberg en Becker [1984] se handleiding gevolg is) ondersoek is. Analises van resultate het op 'n beduidende afname in self-gefokusde aandag gedui, terwyl fokus op gebeure en stimuli buite die self onveranderd gebly het. Hierdie afname in self-fokus het verband getoon met belangrike terapeutiese baat wat gevind is, naamlik vermindering van angs in diadiese interaksies, vermindering van negatiewe self-beoordelings en vermindering van gepersonaliseerde sosiale vrese. Daar was 'n sterk verband tussen die afname van self-fokus en 'n afname in spraak-angst by persone met publieke spraakfobies.

In die bespreking van Beck se kognitiewe teorie van sosiale angst (Beck et al., 1985) in Afdeling 3.2.2 is die kwesbaarheidsmodus waarin sosiaal-fobiese individue funksioneer en die aktivering van kognitiewe skemas, wat die prosessering van sosiaal-bedreigende informasie fassiliteer, bespreek. Rapee en Heimberg (1997) se kognitiewe-gedragsmodel van angst in sosiale fobie, bespreek in Afdeling 3.2.3, gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus waarskynlik negatief sal evalueer. In Afdeling 3.3.4 is navorsing bespreek wat verband hou met selektiewe aandag aan, of verhoogde prosessering van aanduidings van sosiale bedreiging. Die klem het geval op aandagsverdraaiing by die individu met sosiale fobie na ander mense se optrede, asook sy/haar eie gedrag, (selffokus) omdat hy/sy hiperwaaksaam is vir enige aanduidings van kritiek of negatiewe evaluasie deur ander. Die oorsake van, en meganismes betrokke by die proses van aandagsverdraaiing, het in verskillende kognitiewe modelle binne die informasie-prosesseringsparadigma wye aandag geniet. Dit is ook eksperimenteel deeglik ondersoek, onder andere met 'n emosionele-Strooptaak. Vir die doel van die huidige ondersoek, is aandagsverdraaiing soos vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma bestudeer, veral van belang. Dit word vervolgens bespreek.

3.4 AANDAGSVERDRAAIING BY SOSIALE FOBIE EKSPERIMENTEEL BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N INFORMASIE-PROSESSERINGS PARADIGMA ONDERSOEK

3.4.1 Inleiding

Dit is 'n bekende feit dat individue wat aan bepaalde psigiatrisse versteurings ly dikwels oorsensitief is vir stimuli wat hulle bepaalde probleem verteenwoordig. Dit geld ook vir die emosionele (angst- en gemoeds-) versteurings (Williams et al., 1997). Uit kliniese waarnemings, en ook volgens die navorsing wat in Afdeling 3.3.4 bespreek is, is dit duidelik dat individue wat aan sosiale fobie ly hipersensitief is vir enige aanduidings of vermeende aanduidings van negatiewe evaluasies deur ander (soos wanneer iemand frons), die demonstrasie van angssimptome (soos om te bloos), sowel as vir simbole verteenwoordigend van die domein van hulle vrees (soos vir die woord "simpel"). Hulle is dus oorsensitief vir aanduidings van sosiale bedreiging (Trower & Gilbert, 1989) en gee maklik, selektief en dikwels onwillekeurig en onbewustelik aandag aan die bedreigende stimuli. Hierdie verskynsel van aandagsafleiding of aandagsverdraaiing ("attentional bias" volgens Williams et al. [1997, p. 85]) word weerspieël deur

verlaagde prestasie op 'n bepaalde metingsmetode, die sogenaamde emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990). Om navorsing van laasgenoemde aard in perspektief te plaas, is dit nodig om as agtergrond eers die teoretiese verklarings vir die oorsake van aandagsverdraaiing vanuit 'n kognitiewe perspektief te bespreek.

3.4.2 Die kognitiewe benadering tot die oorsake van aandagsverdraaiing

3.4.2.1 Kognitief-eksperimentele en kognitief-kliniese sielkunde

Daar moet onderskei word tussen die kognitief-eksperimentele sielkunde wat oor veranderlikes soos aandag en geheue handel (bv. Anderson & Bower, 1973; Graf & Mandler, 1984; Neisser, 1967) en die kognitief-kliniese sielkunde waar die klem geplaas word op psigoterapie en -patologie (bv. Beck et al., 1985). Kognitief-eksperimentele teorieë, -navorsingsmetodes en -paradigmas word toenemend in die toegepaste kognitief-kliniese veld betrek (bv. Bower, 1987; Stein & Young, 1992; Williams et al., 1997).

3.4.2.2 Die verband tussen kennis en emosie

Navorsing oor die verband tussen kennis en emosie (soos angs en depressie) neig om te fokus op óf die invloed van emosie op kognitiewe prosesse, óf op die rol van kognitiewe prosesse in die ontstaan van emosionele toestande (Williams et al., 1997). Studies oor die effekte van kognitiewe prosesse op emosionele toestande het gelei tot teorieë in die kognitief-eksperimentele sielkunde (bv. Lazarus, 1991) en die kognitief-kliniese sielkunde (bv. Beck et al., 1985), en argumente dat emosie potensieel onafhanklik van kennis kan wees, het in eersgenoemde (bv. Zajonc, 1984) en laasgenoemde velde (bv. Rachman, 1981) tot uitgebreide debatte aanleiding gegee.

Wat die effek van emosie op kognitiewe funksies betref, is die kwessie van akute versus meer kroniese emosionele opwekkingstoestande by beide "normale" en "versteurde" deelnemers gedurende die tagtigerjare deeglik ondersoek. Dit wil voorkom asof dit deelnemers is met akute emosionele reaksies (soos staat-angs), en wat ook 'n geskiedenis van kronies-vehoogde emosionaliteit het (soos trek-angs), wat die kognitiewe effekte die beste demonstreer (Covington, Omelich, & Schwarzer, 1986). Die algemene beeld wat gedurende die 1980s na vore getree het, was dat langtermyn-versteurings kognitiewe "strukture" skep wat "geaktiveer" word tydens periodes van akute emosionele opwekking (Teasdale, 1988). Daar is egter huidige aanduidings van 'n verskuiwing weg van die konsep "strukture" na die "prosesse" waardeur sulke kognitiewe toestande ingestel word (Williams et al., 1997).

3.4.2.3 Twee belangrike kognitiewe teorieë oor die oorsake van emosionele versteurings en die verskynsel van aandagsverdraaiing

3.4.2.3.1 Beck se kognitiewe (skema-) teorie

Een van die belangrikste kognitiewe teorieë oor emosionele versteurings is Aaron Beck se kognitiewe (skema-) teorie oor depressie (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) en angs (Beck et al., 1985). In afdeling

3.2 is Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs (Beck et al., 1985) bespreek. Die teoretiese skema-konsep bied 'n belangrike verklaring vir aandagsverdraaiing in die daaglikse lewe van die individu met sosiale fobie, asook vir die verskynsel van aandagsverdraaiing soos gedemonstreer in 'n emosionele-Strooptaak. Die skema-teorie word vervolgens net weer kortliks beklemtoon. Volgens dié teorie ontwikkel emosionele versteurings uit verdraaide en wanaangepaste skemata wat 'n negatiewe effek het op persepsie en denke. Beck et al. (1985) definieër skemata as "cognitive structures that orient the individual to a situation and help him to select relevant details from the environment and to recall relevant data" (p. 54). Ander teoretici gebruik die konsep "self-skema" om na 'n spesifieke kognitiewe skema te verwys. Marcus (1977) definieër selfskemata as "cognitive generalizations about the self ... that facilitated the processing of self-related information ..." (p. 64).

Beck et al. (1985) voer aan dat die sentrale proses betrokke by angsversteurings verband hou met hiperaktiewe idiosinkratiese langtermyn skematiese geheue-strukture, verteenwoordigend van bedreigende ervarings in die verlede, wat 'n bepalende rol speel by die inname en organisasie van huidige informasie. Hierdie gevaar-skemata struktureer gedurig eksterne en interne ervarings as 'n teken van gevaar. Dit verplaas ander meer toepaslike en beter aangepaste skemata en skep sodoende 'n sistematiese verdraaiing by die informasie-prosesseringsprosesse.

Gevaar-skemata lei tot 'n selektiewe kodering van skema-kongruente (en gevolglik emosioneel-bedreigende) informasie by individue wat kwesbaar is vir angs. Hierdie patroon van selektiwiteit sal outomaties geskied in dié sin dat dit nie enige intensionele bewustelike strategie reflekteer nie.

Beck et al. (1985) gebruik ook die konsep van 'n modus om 'n hoër-orde organiseringsbeginsel aan te dui wat, wanneer dit dominant is, bepaal watter tipe skemata op 'n bepaalde tydstip geaktiveer word. By die angsversteurings domineer die kwesbaarheidsmodus, wat daarvoor verantwoordelik is dat skemata geaktiveer word wat hipersensitief vir aanduidings van gevaar is.

Individue met sosiale fobie is oorsensitief vir aanduidings van sosiale bedreiging (Trower & Gilbert, 1989). Hulle skemata bevat rigiede reëls betreffende aanvaarbare gedrag in sosiale situasies ten einde sosiale verwerping te voorkom. Volgens Beck et al. (1985) verwag hulle dat sosiale situasies sleg sal afloop en is hulle ook geneig om hulle sosiale hanteringsvaardighede te onderskat. Dit lei dan tot aktivering van die kwesbaarheidsmodus wat weer skemata aktiveer wat hipersensitief is vir enige aanduidings van sosiale bedreiging. Dit fassiliteer dan die prosessering van sosiaal-bedreigende informasie.

Volgens Williams et al. (1997) was die primêre doel van Beck se teorie nie om eksperimenteel toetsbare hipoteses te genereer nie, maar om rigting in behandeling aan te dui, wat hy volgens hulle, dan ook baie goed gedoen het. Williams en sy medewerkers het egter ook verskeie punte van kritiek teen Beck se teorie. Hulle noem dat hy die skema-konsep nie duidelik genoeg gedefinieer het nie en dat dit hulle onseker laat oor presies watter voorspellings volgens sy teorie gemaak kan word. Alhoewel Beck kognitiewe prosesse in sy teorie betrek, is dit op die vlak van versteurings van denke soos "oorveralgemening". Daar word min eksplisiete aandag aan die meer bedekte kognitiewe prosesse (soos selektiewe aandag, kodering en herroeping) gegee, en volgens hulle is die kognitief-eksperimentele

sielkunde beter toegerus om 'n beskrywing te gee van die kognitiewe prosesse wat kenmerkend is van die emosionele versteurings. Volgens Williams en sy kollegas handel een van die grootste onduidelikhede in Beck se teorie oor die vraag of emosie-verbandhoudende skemata begin figureer slegs (en eers) wanneer die persoon in die relevante emosionele staat verkeer, en of die skemata vooraf reeds aanwesig was om sodoende by te dra tot die ontwikkeling van die emosionele kondisie. Volgens hulle is bewyse dat disfunksionele skemata aanwesig is voordat iemand klinies angstig of depressief raak maar swak. Daar is meer ondersteuning vir die idee dat as iemand eers 'n emosionele versteuring beleef het, die relevante skemata maklik geheraktiveer kan raak (Williams, 1992).

3.4.2.3.2 Bower se assosiasie-netwerk-teorie

Gordon Bower het 'n netwerk-model van emosie en kennis ontwikkel deur die uitbreiding van sy bestaande model van menslike assosiatiewe geheue (Anderson & Bower, 1973). Volgens Bower (1981, 1983, 1985, 1987) word alle informasie in die langtermyngeheue gestoor as nodusse in 'n netwerk, en verbandhoudende nodusse deel assosiatiewe konneksies. Binne die netwerk is daar nodusse wat verband hou met elke emosionele toestand, en hierdie emosionele nodusse deel assosiatiewe konneksies met nodusse wat emosioneel-kongruente informasie bevat. 'n Emosionele nodus word geaktiveer wanneer 'n individu die korresponderende emosionele toestand ervaar en aktivering versprei deur die assosiatiewe konneksies en is dan verantwoordelik vir die gedeeltelike aktivering ("priming") van verbandhoudende nodusse, wat gemoedskongruente informasie bevat. Die gevolg is dat hierdie gemoedskongruente informasie disproportioneel beskikbaar gemaak word vir alle volgende kognitiewe operasies. Bower voorspel dus dat verhoogde vlakke van enige bepaalde emosie, soos staat-angs, geassosieer sal word met 'n prosesseringsverdraaiing waar voorkeur verleen word aan die kodering van gemoedskongruente stimuli. Aangesien hierdie prosesseringsverdraaiing sy lokus het in laevlak outomatiese aktiverende meganismes wat voorbewustelik opereer, voer die Bower-model aan, soos dié van Beck, dat hierdie patroon van selektiwiteit nie afhanklik is van die operering van bewustelik-gemedieerde intensionele strategieë nie.

3.4.2.3.3 'n Vergelyking van die Beck- en Bower-modelle

Alhoewel Beck en Bower se fokus baie verskil (i.e., kognitief-terapeutiese sielkunde versus kognitief-eksperimentele sielkunde onderskeidelik), sluit hulle by mekaar aan wat betref die algemene voorspelling dat angs geassosieer sal word met die selektiewe prosessering van bedreiging-verbandhoudende stimuli. Volgens albei van hulle geskied die verdraaiing outomaties, in dié sin dat dit nie gemedieer hoef te word deur intensie of bewussyn nie. Hulle verskil egter wat betref die klem wat geplaas word op die rolle wat trek- en staat-veranderlikes speel in die bepaling van die mate waarin selektiewe prosessering sal geskied. Volgens Beck sal hierdie kognitiewe verdraaiing geassosieer word met langstaande trek-veranderlikes wat verband hou met angs-kwesbaarheid. Bower is weer van mening dat hierdie hipotetiese prosesseringsverdraaiing, waar voorkeur verleen word aan bedreigende stimuli, 'n kognitiewe korrelaat sal wees van 'n individu se huidige vlak van staat-angs. Daar sal verderaan weer na dié onderwerp teruggekeer word. Intussen kan net genoem word dat daar oorweldigende navorsingsbewyse is dat klinies-angstige pasiënte, wat tipies verhoogde vlakke van beide trek- en staat-angs toon,

inderdaad gekenmerk word deur 'n prosesseringsverdraaiing waar voorkeur gegee word aan die selektiewe kodering van emosioneel bedreigende informasie (bv. Broadbent & Broadbent, 1988; Ehlers, Margraf, Davies, & Roth, 1988; MacLeod & Mathews, 1991; MacLeod, Mathews, & Tata, 1986; Mathews & MacLeod, 1985, 1986; Mogg, Mathews, & Weinman, 1989; Watts, McKenna, Sharrock, & Trezise, 1986).

Beide die Beck- en Bower-modelle is redelik algemeen in hulle voorspellings. Albei huldig die standpunt dat kognitiewe prosessering (i.e., aandag, geheue en beoordelings) verdraai word in die emosionele versteurings, maar nie dat verskillende emosies verskillende effekte mag hê of dat 'n bepaalde emosie onderskeibare effekte op verskillende aspekte van prosessering mag hê nie.

3.4.2.4 Meervoudige vlakke van kennis

Daar is kritici van Beck (bv. Williams et al., 1997) wat aanvoer dat hy nie genoegsaam voorsiening maak vir verskillende vlakke van kennis, soos byvoorbeeld die bewuste en onbewuste aspekte daarvan nie. Hulle noem dat kognitief-kliniese teorieë op veranderlikes soos gedagtes, oortuigings en attribusies fokus. Alhoewel daar volgens Williams en sy kollegas nie pertinent in dié teorieë genoem word dat dié prosesse bewustelik geskied nie, word dit volgens hulle in terme beskryf wat toepaslik is vir die veranderlikes se bewustelike vorms en word dit ook dikwels met selfrapporteringsmetodes gemeet. Volgens Williams en sy kollegas verskaf die informasieprosessering-benadering metodologies 'n eksperimentele paradigma wat die probleme van selfrapporteringsmetodes vermy en verskaf dit 'n reeks van metodologieë om die basisse van disfunksionele gedagtes te meet. Die informasieprosessering-benadering is derhalwe potensieel in staat om 'n breër siening oor veral twee belangrike aspekte te handhaaf. Eerstens is dit nie net geïnteresseerd in bewuste verskynsels soos beoordelings nie, maar ook in kognitiewe prosesse soos die strukturering van materiaal tydens kodering, wat onbewustelik kan geskied. Tweedens is dit minstens net so geïnteresseerd in kognitiewe prosesse as in die inhoud van kennisies.

Williams et al. (1997) bespreek die verskille tussen outomatiese (onbewuste/ implisiete/ subliminale) en strategiese (bewuste/ eksplisiete/ rasionele/ beheerde/ supraliminale) kognitiewe prosesse en is van oordeel dat daar by fobies (onder andere) 'n gedeeltelike dissosiasie tussen dié twee prosesse kan bestaan. Individue met byvoorbeeld sosiale fobie glo dikwels dat hulle geen rede het om bang te wees vir sosiale situasies nie en dat hulle fobie onsinig en irrasioneel is. Ten spyte hiervan raak hulle outomaties in sosiale situasies bang en kan hulle hul vrees nie keer nie. Williams en sy kollegas beklemtoon die waarde van 'n hiërargiese model van emosie, soos die teorie van Leventhal (1984), waarin onderskei word tussen die effekte van emosie op verskillende vlakke van die kognitiewe sisteem. Volgens Leventhal (1984) is die laagste vlak 'n sensories-motoriese vlak wat sonder enige wilsbesluite opereer. Die volgende is 'n skematiese vlak wat konkrete voorstellings bevat van spesifieke emosionele gebeure en ervarings. Skemata, gevorm uit vorige emosionele episodes, beïnvloed die prosessering van huidige gebeure en word outomaties geaktiveer. Die hoogste vlak is 'n konseptuele een en is gebaseer op die vermoë om proposisionele gevolgtrekkings te maak omtrent twee of meer emosionele episodes; dié vlak opereer deur bewustelike wilsbesluite. As 'n individu met sosiale fobie sê dat hy weet dat sosiale situasies nie gevaarlik is nie, opereer hy op die konseptuele vlak. Ten spyte hiervan reageer hy met sterk

sensories-motoriese reaksies as hy in 'n bepaalde sosiale situasie beland. Verder kan hy ook op skematiese vlak duidelike en soms indringende herinneringe hê aan bepaalde kere toe hy in sosiale situasies paniekerig geraak het. 'n Hiërargiese benadering het ook belangrike implikasies vir navorsing oor behandelingsprosesse (Greenberg & Safran, 1984). Suksesvolle behandeling van 'n emosionele versteuring moet tot suksesvolle verandering op alle vlakke waarop reaksies versteurd is lei, en die korrekte metingsmetodologie om dit te monitor, is dus ook belangrik (Williams et al., 1997).

3.4.2.5 Die informasie-prosesseringparadigma

Teoretici gebruik 'n bepaalde stel reeds bestaande konsepte en prosesse, sowel as 'n stel aannames wanneer hulle hul teoretiese modelle ontwikkel. Dit vorm die wetenskaplike paradigma wat aangeneem word deur die teoretikus. 'n Wetenskaplike paradigma is nooit reg of verkeerd nie, en daarom word daar normaalweg ook nie probeer om dit reg of verkeerd te bewys nie. Die waarde daarvan kan egter geskat word in terme van die paradigma se vermoë om te lei tot modelle wat in staat is om relevante data te akkommodeer en te voorspel.

'n Kenmerk van die informasie-prosesseringparadigma is die bestaan van kapasiteitsbeperkings wat in die kognitiewe sisteem noodwendig moet lei tot kompetisie, en dikwels tot selektiwiteit in prosessering. Die differensiële prosessering van bronne van informasie wat gelyktydig beskikbaar raak, word volgens Williams et al. (1997) "selektiewe aandag" genoem, wat 'n kognitiewe vermoë is. Die kognitiewe sisteem kan volgens hulle geaktiveer word ("priming", p.21) om informasie selektief te prosesseer. Negatiewe aktivering, ("negative priming", p.24), dit wil sê inhibering van psigiese voorstellings, is volgens hulle ook moontlik. Bepaalde patrone van selektiewe prosessering, waar voorrang verleen word aan bedreigende informasie, kan onderliggend wees aan verskeie kenmerke van angsversteurings (Mathews & MacLeod, 1994).

Wanneer outomatiese prosessering geskied of eksperimenteel in werking gestel word, kan dit onafhanklik van strategiese prosessering voortgaan (Williams et al., 1997). Dit is nie maklik vir strategiese prosessering om outomatiese prosessering te modifiseer nie, maar volgens Williams en sy kollegas vind die omgekeerde proses wel makliker plaas. As 'n outomatiese aandagsrespons eers in werking is, word aandag outomaties gerig en sodoende gee dit dan rigting aan strategiese prosessering. Individue met angsversteurings se aandag word outomaties na bedreiging-verbandhoudende stimuli getrek (MacLeod & Rutherford, 1992).

Skemata is hoër-vlak kognitiewe aktiwiteit wat 'n invloed uitoefen op laer-vlak (bv. sensories-motoriese) operasies en dus 'n rol speel in sogenaamde bo-na-onder ("top-down") informasieprosessering (Williams et al., 1997, p. 33).

Die effekte verkry deur middel van 'n emosionele-Strooptaak word in die volgende afdeling volledig bespreek, maar kom kortliks daarop neer dat die emosionele betekenisvolheid van woorde vir 'n bepaalde individu inmeng met 'n bepaalde taak wat hy/sy moet verrig. Die taak waarmee ingemeng word, is om so vinnig as moontlik die kleure waarin die woorde geskryf is, op te noem. Hierdie effekte

(vertraging in die opnoem van die woordkleure gemeet in sekondes) kan volgens Williams et al. (1997) vertolk word as reflektierend van die rol wat disfunksionele kognitiewe skemata (gevaar-skemata) tydens informasieprosessering speel. Wanneer deelnemers met emosionele versteurings in dié tipe eksperimente betrek word, beskryf Williams en sy kollegas sulke studies as navorsing oor die effekte van emosie op kognitiewe funksionering. Vertaal in terme van psigopatologie en die informasieprosesseringparadigma, beskryf hulle sulke studies ook as navorsing oor die effek van emosionele versteurings, of toestande van emosionele opwekking, op kognitiewe prosessering. Die Stroop- en emosionele-Stroopverskynsel word vervolgens bespreek.

3.4.3 Gebruik van die emosionele-Strooptaak om die verskynsel van aandagsverdraaiing te ondersoek

3.4.3.1 Ontwikkeling van die emosionele-Strooptaak uit die oorspronklike Strooptaak en die standaard emosionele-Stroopeksperiment

Die strategie wat volgens Williams et al. (1997) die meeste gebruik word om aandagsverdraaiing te bestudeer, is die emosionele-Strooptaak. Dit is 'n taak waar prestasie op die afhanklike veranderlike (om die kleure van woorde vinnig te kan opnoem) verlaag word omdat die deelnemer se aandag onwillekeurig verskuif na meer opvallende aspekte van 'n reeks stimuli (die betekenis van die woorde).

In die oorspronklike weergawe van die taak (Stroop, 1935) is van die deelnemer verwag om die inkkleur te noem waarin 'n bepaalde item gedruk is, terwyl hy/sy terselfdertyd moet probeer om die item self te ignoreer. Die items ter sprake is betekenislose stimuli (soos byvoorbeeld 'n reeks "X"e), of werklike kleurname (soos byvoorbeeld "rooi" en "groen"). Die woordname word in antagonistiese inkkleure gedruk, sodat die woord "rooi" byvoorbeeld in groen ink verskyn en die woord "bruin" in rooi ink. Die mees algemene bevinding was dat dit deelnemers langer geneem het om die kleure te noem wanneer die basis-items antagonistiese kleurname was as wanneer dit 'n reeks betekenislose stimuli was (MacLeod, 1991). Die woorde het dus meer as die betekenislose stimuli ingemeng met die taak op hande.

Gedurende die 1980s het verskeie navorsers Stroop-tipe take begin gebruik om kognitiewe prosessering, geassosieer met emosionele versteurings, te bestudeer. Hierdie aangepaste Stroop het bekend geraak as die emosionele-Strooptaak en is gebruik vir die meting van "konstruk-toeganklikheid" (Williams & Nulty, 1986), "aktivering van gevaar-skemata" (Mathews & MacLeod, 1985), "emosionele opvallendheid van woorde" (Watts et al., 1986) of "afleiding deur emosionele stimuli" (Williams & Broadbent, 1986). Wat dié studies in gemeen gehad het, was die meting van vertraging om die kleure van emosioneel-gelaaiete woorde op te noem. In die studies is dikwels beide neutrale en positiewe woorde as kontrole-stimuli gebruik, is prestasie van "versteurde" groepe vergelyk met dié van nie-versteurde kontrolegroepe, en is emosionele woorde gekies wat spesifiek verband hou met die tipe psigopatologie wat ter sprake was.

In die standaard emosionele-Stroopverskynsel word emosioneel versteurde deelnemers blootgestel aan woorde wat verband hou met die tema (domein) van hulle vrees, byvoorbeeld bedreigende woorde by angsvsteurings. Die inmenging met die taak, spruitend uit die opdrag "noem die kleure van die woorde"

en wat vervolgens gewoonlik deur die Stroop-latenthede gereflekteer word, sou toegeskryf kon word aan die rol van gevaar-skemata in die prosessering van die woorde, dit wil sê, aan die negatiewe emosionele valensie van die woorde, sowel as aan die verbandhoudendheid daarvan met die domein/tema van die persoon se vrees. Deur van die emosionele-Stroopparadigma gebruik te maak, het Mathews en MacLeod (1985) byvoorbeeld gevind dat angstige pasiënte baie stadiger as 'n normale kontrolegroep gevaar het in die kleurbenoeming van bedreigende woorde en dat die prestasie van diegene met fisiese bekommernisse veral deur fisiese-bedreigende woorde ontwig (vertraag) is. Hope, Rapee et al. (1990) het vertraging op sosiale en fisiese-bedreigende woorde (byvoorbeeld "stupid" en "illness" onderskeidelik) vergelyk met afgepaarde neutrale woorde (byvoorbeeld "insert" en "learning" respektiewelik en onder andere met die bedreigende stimulus-woorde afgepaar volgens gebruiksfrekwensie) by 'n groep deelnemers met sosiale fobie en 'n groep met paniekversteuring. Soos verwag is het diegene met sosiale fobie die grootste vertraging getoon op die sosiaal-bedreigende woorde, en dié met paniekversteuring op die fisiese-bedreigende woorde. Hierdie emosionele-Stroopspesifiekheid dui op 'n selektiewe verskuiwing van aandag na (en prosessering van) negatiewe domeinspesifieke (i.e., tema-relevante) stimuli, eerder as bloot net negatiewe emosionele stimuli in die algemeen.

3.4.3.2 Die effek van behandeling op emosionele-Strooptaakontwriging

Daar kon net een studie (Mattia, Heimberg, & Hope, 1993) in die literatuur opgespoor word wat daarop gemik was om die effek van behandeling op Strooptaakontwriging/inmenging (geïnterpreteer as reflektierend van die rol wat disfunksionele kognitiewe selfskemata by informasieprosessering speel) by individue met sosiale fobie te ondersoek. Die behandeling wat die deelnemers ontvang het, was óf medikasie (fenelsien) óf kognitiewe gedragsterapie. Deelnemers wat verbeter het, het wel die verwagte effekte op die emosionele-Strooptaak getoon, naamlik minder ontwriging op die sosiaal-bedreigende woorde. By die nie-reageerders was dit nie die geval nie. Mattia et al. (1993) beveel aan dat hulle studie opgevolg behoort te word met navorsing waar die effek van verskillende behandelingsmodaliteite op die emosionele-Strooptaak ondersoek word. Dit is op dié stadium ook nog onbekend in watter mate wysigings van die genoemde skemata gepaard gaan met veranderinge in die bekende simptomatologie van sosiale fobie (bv. subjektiewe angsbeleving, ander kognitiewe veranderlikes as skemata, vermydingsgedrag en die fisiologiese simptome). Dit is, onder andere, in die huidige studie ondersoek.

3.4.3.3 Die redes vir die emosionele-Stroopverskynsel: oorsake en die onderliggende meganismes

Alhoewel die basiese emosionele-Stroopverskynsel nie te betwyfel is nie, is die presiese rede waarom dit gebeur nog nie heeltemal duidelik nie. Volgens Williams et al. (1997) kan twee vrae betreffende die redes vir die Stroopeffek gevra word. Eerstens, wat is die kognitiewe meganismes onderliggend aan die emosionele-Stroopverskynsel? Watter komponente of fases gee aanleiding tot die ontwriging? Tweedens, wat veroorsaak dat hierdie meganismes versteur word (bv. kenmerke van die persoon, die vlak van trek- of staat-emosie, of dalk die een of ander interaksie tussen die persoon en die situasie)? Meeste navorsing tot dusver was daarop toegespits om Stroopontwriging as 'n merker (teken) van aandagsverdraaiing aan te dui. In minder studies is probeer om die emosionele oorsake en korrelate van die ontwriging te identifiseer. Laastens is daar nog relatief min navorsing gedoen oor die vraag

betreffende oorsake in terme van die onderliggende meganismes betrokke by ontwrigting van die taak. Vervolgens word navorsing betreffende die oorsake en korrelate van aandagsverdraaiing op die emosionele-Strooptaak bespreek.

3.4.3.3.1 Die oorsake en korrelate van emosionele-Strooeffekte

Die verskynsel van aandagsverdraaiing by emosioneel-versteurde persone het gelei tot die vraag waarom hulle selektief aandag skenk aan emosionele stimuli (bv. dié met 'n sosiale fobie aan bedreigende stimuli in sosiale situasies). Die vraag kan ook soos volg geformuleer word: in watter tipe persoon, in watter gemoedstemming, in watter situasie of na watter gebeurtenis vind aandagsverdraaiing plaas? Navorsing oor die oorsake en korrelate van die emosionele-Strooeffekte is gedoen ten einde antwoorde op hierdie vrae te probeer vind.

Williams et al. (1997) het in 'n oorsigstudie gevind dat navorsing grootliks drie potensiële bronne van emosionele inmenging ondersoek het, naamlik variansie wat toegeskryf kan word aan (a) trek- of staat-angs, (b) die spesifieke aard (inhoud en emosionele valensie) van die woordstimuli, en (c) die spesifieke situasie waarin die taak uitgevoer is.

Trek-angs versus staat-angs

Drie tipes studies is gerapporteer waarin die effek van trek- versus staat-angs op die emosionele-Strooptaak ondersoek is, naamlik (a) die gebruik van trek- en staat-angsvraelyste (Mogg, Kentish, & Bradley, 1993; Mogg & Marden, 1990; Mogg, Mathews, Bird, & Macgregor-Morris, 1990; Richards & Millwood, 1989), (b) studies waarin herstelde pasiënte betrek is en waar van die standpunt uitgegaan is dat hulle steeds die verhoogde trek-angs sou gehad het, maar verlaagde staat-angs (Gotlieb & Cane, 1987; Mathews, Mogg, Kentish, & Eysenck, 1995), en (c) studies waarin stresvlakke gemanipuleer is, byvoorbeeld die bestudering van deelnemers wat getoets was voor akademiese eksamens of ná 'n eksperimenteel-geïnduseerde mislukkingservaring (MacLeod & Rutherford, 1992; Mogg et al., 1990).

Dit wil voorkom asof verhoogde trek-angs (soos gemeet met vraelyste), veral as dit in interaksie met staat-angs geskied, in 'n groter mate as staat-angs alleen met kleurbenoemingsontwrigting geassosieer word. Dit lyk dus asof trek-verskille 'n mate van aktivering deur huidige angsvlakke of omstandighede (staat-angs) benodig om die ontwrigtingseffek te demonstreer. Dit wil voorkom asof hierdie interaksie veral gebeur as die huidige omstandighede tyd gehad het om te inkubeer (bv. in antisipasie van 'n eksamen), en nie wanneer dit van korte duur was nie (bv. net na mislukking in 'n eksperimentele taak nie). Behandeling/herstel-studies met kliniese groepe bied ook steun vir hierdie gevolgtrekking, maar die gebrek aan toets-hertoets onbehandelde kliniese kontrolegroepe beperk, volgens Williams et al. (1997), die waarde wat aan die bevinding geheg kan word. Laastens het dit geblyk dat nie-kliniese deelnemers met hoë vlakke van trek-angs nie inmenging gedemonstreer het nie, terwyl dit in alle studies met kliniese groepe wel gebeur het.

Emosionele-Stroopspesifiekheid: die spesifieke aard (inhoud en emosionele valensie) van die woordstimuli

'n Belangrike vraag is watter van die volgende faktore, of kombinasie daarvan, die grootste oorsaaklike rol speel by emosionele-Stroopeffekte: (a) die emosionele valensie (positief en/of negatief) van die stimuluswoorde, (b) die verbandhoudendheid van die woorde met huidige bekommernisse/sake-van-huidige-belang,² of (c) kundigheid ("expertise") op 'n bepaalde gebied. Die vraag is of enige sterk emosionele stimuli, hetsy positief of negatief, of omdat dit vir die persoon persoonlik relevant is (Riemann & McNally, 1995), kan inmeng met kleurbenoeming in kliniese populasies. As dit wel die geval is, sal dit volgens Williams et al. (1997) 'n vraagteken plaas agter verklarings vir die emosionele-Stroopeffekte wat berus op begrippe soos "gevaar-skemata".

In navorsing met angstige pasiënte is groter kleurbenoemingsinmenging (effekte) gevind op beide positiewe en negatiewe (bedreigende) woorde as op neutrale woorde (Martin, Williams, & Clark, 1991), groter effekte op positiewe as neutrale woorde (Cassiday, McNally, & Zeitlen, 1992; Mogg & Marden, 1990) en groter effekte op bedreigende as positiewe woorde (Cassiday et al., 1992). In ander studies is aangetoon dat dit nie soseer die emosionele valensie van die woorde is wat die grootste rol speel nie, maar eerder die mate waarin die woorde semanties verband hou met die "skemata" van die persoon wat getoets word (McNally, Reimann, Louro, Lukach, & Kim, 1992; Mogg et al., 1989). Verder is daar ook in die studie van McNally et al. gevind dat pasiënte met paniekversteuring groter inmenging op katastroferende woorde getoon het, ten spyte van die feit dat hulle die positiewe woorde as meer emosioneel beoordeel het. Dit is dus duidelik dat die emosionaliteit van die stimuli nie uitsluitlik verantwoordelik vir inmenging kon wees nie.

Mathews en Klug (1993) het 'n groep deelnemers met angsversteurings (veralgemeende angsversteuring, paniekversteuring en sosiale fobie) met vyf stelle woorde getoets, naamlik positief-verbandhoudende, negatief-verbandhoudende, positief-nie-verbandhoudende, negatief-nie-verbandhoudende en neutrale woorde. Die resultate het aangedui dat dit die verbandhoudendheid van die woorde met ang was (hetsy positief of negatief), en nie soseer die emosionele valensie van die woorde nie, wat vir die patrone van kleurbenoemingsinmenging verantwoordelik was. Daar is verskillende maniere hoe die stimuluswoorde verband kan hou met die deelnemers se vrese. Dit kan byvoorbeeld verband hou met die gevreesde onderwerp, voorwerp of situasie, en negatief-verbandhoudende woorde, sowel as hulle antonieme (i.e. positief-verbandhoudende woorde) kan vir dié doel gebruik word. Die woorde sou ook kon verwys na die deelnemers se angssimptome of na trekke wat die persone begeer as gevolg van hulle angssimptome.

Verbandhoudendheid bied egter nie 'n volledige verklaring vir die inmenging nie. Daar is aanduidings dat verskillende tipes versteurings verskil in die mate waarin verbandhoudendheid, eerder as emosionele valensie, die bron van kleurbenoemingsinmenging is. McNally et al. (1994) het by deelnemers met

² Volgens Klinger, Barta en Maxeiner (1981) is die begrip huidige bekommernis/saak-van-huidige-belang ("current concern") 'n motiveringskonstruk en hulle definieer dit as die staat waarin 'n individu verkeer terwyl hy/sy strewe na 'n doel.

paniekversteuring gevind dat paniekverbandhoudende woorde (bv. "fear") groter inmenging as die woorde se antonieme (bv. "safe") veroorsaak het, en Lavy, Van Oppen en Van den Hout (1994) het by obsessief-kompulsiewe versteuring gevind dat negatiewe persoonlik-relevante stimuli meer ontwrigtend was as positiewe persoonlik-relevante materiaal. Segal, Truchon, Horowitz, Gemar en Guirguis (1995) het na 'n ondersoek met depressiewe deelnemers en die emosionele-Strooptaak, en waarin onder andere van 'n aktiveringstegniek ("priming") gebruik gemaak is, tot die volgende gevolgtrekkings gekom. Hulle is van oordeel dat, alhoewel verbandhoudendheid met persoonlik-relevante bekommernisse 'n belangrike veranderlike is, die groter onderlinge verbondenheid van negatiewe huidige bekommernisse by emosioneel versteurde individue daartoe kan lei dat woorde wat met hierdie bekommernisse verband hou, veral aanleiding kan gee tot kleurbenoemingsinmenging.

'n Volgende vraag is of die Strooeffek nie bloot 'n refleksie is van die deelnemers se groter kundigheid ("expertise") om informasie binne die domein van hulle kundigheid te prosesseer nie. Emosioneel-versteurde deelnemers is bekend daarvoor dat hulle geneig is om te rumineer op sekere temas, en in die emosionele-Strooptaak word hulle blootgestel aan die woorde waaraan hulle baie dink en wat dalk afkomstig is van 'n stel woorde wat deur hulle onderlinge verbondenheid 'n hegte kategorie vorm (Segal et al., 1995). Dit mag wees dat hulle "eksperte" geraak het in die prosessering van informasie wat met hulle probleem verband hou. Baie van die genoemde navorsingsbevindings mag dalk bloot hierdie kundigheid ("expertise") of die hoër frekwensie waarmee sekere konsepte gebruik word, of die verhoogde interkategoriale assosiasies in die spesifieke domein van belangstelling reflekteer. Steun vir so 'n argument is byvoorbeeld te vind in 'n ondersoek deur Dalgleish (1995) waarin kleurbenoemingsinmenging deur ornitoloë op die name van skaars voëlsoorte aangetoon is. Kundiges word dus gebruik om die genoemde kundigheidshipotese van emosionele-Strooeffekte te ondersoek omdat daar verwag word dat hulle dikwels die betrokke woorde gebruik en dat hoë interkategoriale assosiasies tussen sulke materiaal sal bestaan. Die probleem is egter dat die woorde waarskynlik ook dikwels vir hulle emosioneel betekenisvol is. Dit is dan feitlik onmoontlik om te bepaal of ontwrigting deur die gereelde gebruik van die woorde (d.w.s 'n hoë gebruiksfrekwensie) of die emosionele valensie daarvan, veroorsaak is.

Die studie van die effek van terapie maak dit egter moontlik om emosionele belangrikheid, of relevantheid vir huidige bekommernis, van die "expertise"-effekte te skei. Ten spyte van die feit dat individue met 'n fobie vir spinnekoppe (Watts et al., 1986) en individue met 'n veralgemeende angsversteuring (Mathews et al., 1995) tydens terapie baie blootgestel was aan hulle onderskeie domein-verwante bedreigende woorde, en dus in die proses groter kundiges geraak het in die prosessering van die bepaalde informasie, is daar in beide ondersoeke 'n beduidende afname in emosionele-Stroopinmenging na terapie gevind.

Die probleem met hierdie tipe eksperimentele ontwerpe is dat dit onbekend is in watter mate oefeningseffekte op die emosionele-Strooptaak kleurbenoemingsinmenging by die tweede toetsgeleentheid mag verminder. Daar is by Williams et al. (1997) min twyfel dat daar in die studie van Watts et al. (1986) aansienlike toets-hertoets oefeningseffekte plaasgevind het. Die afwesigheid van 'n geen-behandeling kontrolegroep in die studie van Mathews et al. (1995) het daartoe gelei dat hierdie kwessie ook nie in hulle studie aangespreek kon word nie.

Deur deelnemers wat reageer het op behandeling te vergelyk met nie-reageerders, is 'n bruikbare alternatief vir 'n kontrolegroep-benadering. In die studie van Mattia et al. (1993) oor sosiale fobie (vroeër bespreek) waarin so 'n vergelyking getref is, is wel 'n beduidende afname van inmenging op sosiaal-bedreigende woorde by die reageerders gevind, maar nie by die nie-reageerders nie. Op hierdie stadium wil dit dus voorkom asof die frekwensie van die gebruik van die bedreigende woorde of die interkategoriale assosiasie as gevolg van kundigheid ("expertise") nie 'n volledige verklaring vir inmenging op die emosionele-Strooptaak by die emosionele versteurings kan gee nie.

In die huidige studie is 'n kontrolegroep betrek en daar is ook 'n enkele stel emosionele-Stroopstimuluswoorde tydens voor-, na- en opvolgtoetsing gebruik. So 'n ontwerp behoort die beste lig te kan werp op die sogenaamde "blootstelling" weergawe van inmenging (i.e., dat inmenging veroorsaak word deur die blootstelling aan die emosionele betekenis van die woorde) versus die "expertise" weergawe van inmenging (i.e., dat inmenging veroorsaak word deur kundigheid van die domein waarmee die woorde verband hou).

Situasiegebonde spesifiekheid van Stroopeffekte

Daar is reeds vroeër verwys na 'n studie deur Mogg et al. (1990) waarin aangetoon is dat eksperimenteel-geïnduseerde stres gelei het tot groter inmenging op woorde wat met 'n prestasie-tema verband gehou het. Volgens Williams et al. (1997) postuleer die huidige bekommernis-teorie dat enige omgewingsmanipulasie wat die bekommernis aktiveer, aanleiding sal gee tot 'n groter mate van inmenging met die kleurbenoeming van die bekommernis-verbandhoudende woorde. Daar is ook gevind dat 'n manipulasie van die "innerlike" konteks van deelnemers, deur hulle vir 24 uur te laat vas, kleurbenoeming van kos-woorde ontwig het (Lavy, Van den Hout, & Arntz, 1993). 'n Belangrike uitsondering op hierdie bevindings is gerapporteer deur Mathews en Sebastian (1993) na 'n studie waarin die konteks gevarieer is deur die voorwerp wat die deelnemers gevrees het ('n slang) in die toetsituasie aan- of afwesig te hê. In hierdie studie het dit duidelik geword dat deelnemers onder sekere omstandighede in staat is om kleurbenoemingsontwrigting by die emosionele-Strooptaak te omseil of te oorkom, die sogenaamde "oorbruggingsverskynsel".

3.4.3.3.2 Die meganismes onderliggend aan die emosionele-Stroopeffekte

Die onderliggende meganismes betrokke by aandagsverdraaiing by individue wat aan 'n emosionele versteuring ly, is ook met die emosionele-Strooptaak ondersoek. Algemene verklarings vir die emosionele-Stroopeffekte is byvoorbeeld dat dit toegeskryf kan word aan emosionele stimuli wat die "aandagshulpbronne vang" of dat dit meer prosesseringshulpbronne trek as gevolg van die aktivering van bedreiging-verbandhoudende kennisstrukture (skemata). Meer spesifieke verklarings vir die onderliggende meganismes sou kon spruit uit antwoorde op die volgende vraag: op watter deel (fases of komponente) van die informasie-prosesseringsstelsel oefen die oorsake (wat in die vorige afdeling bespreek is) 'n invloed uit om aandagsverdraaiing tot gevolg te hê?

Williams et al. (1997) bespreek in 'n oorsigstudie verskillende meganismes wat moontlik die emosionele-Strooeffekte kan verklaar. Drie hiervan, wat inmenging toeskryf aan (a) afleiding deur taak-irrelevante prosesse (Dawkins & Furnham, 1989), (b) die kognitiewe poging wat ingespan word om te keer dat emosionele materiaal na die bewussyn deurdring (Ruiter & Brosschot, 1994), en (c) 'n algemene probleem wat sommige mense mag hê om hulle aandag gefokus te hou (Eysenck, 1992; Mathews, May, Mogg, & Eysenck, 1990), word deur hulle verwerp op grond van empiriese data.

'n Saak wat lig kan werp op die onderliggende meganismes betrokke by emosionele-Strooeffekte en die prosesseringsfase waarin dit geskied, is die dissosiasie-verskynsel by aandags- en geheueverdraaiing. Daar is byvoorbeeld gevind dat aandagsverdraaiing op bepaalde stimuluswoorde nie noodwendig daartoe lei dat die woorde later in 'n geheue-toets beter onthou word nie. Individue met 'n veralgemeende angsversteuring het bedreiging-verbandhoudende woorde byvoorbeeld nie beter as individue in 'n normale kontrolegroep na 'n emosionele-Strooptaak onthou nie (Mathews & McLeod, 1985). Die genoemde patroon van dissosiasie tussen aandag en geheue het vir Williams et al. (1997) lig gewerp op die meganisme onderliggend aan aandagsverdraaiing. Hulle redeneer dat die aktivering wat aanleiding gee tot so 'n verdraaiing van so 'n aard moet wees dat dit óf vinnig verdwyn (voordat die mnemoniese prosesse wat help met kodering na die geheue begin), óf anders moet die aktivering betrokke in die mediëring van aandagsverdraaiing van 'n ander tipe wees as dié betrokke by strategiese (eksplisiete) mnemoniese kodering. Mathews en McLeod (1994) kom tot die gevolgtrekking dat die resultate van hulle ondersoek (wat die genoemde dissosiasie-verskynsel ten opsigte van aandag- versus geheue-verdraaiing illustreer) die beste verklaar word deur 'n prioriteringsmodel soos aanvanklik beskryf deur Oatley en Johnson-Laird (1987). Volgens hulle teorie het basiese emosies by die mens ontwikkel om belangrike biologiese en sosiale funksies te dien en om prioriteite te bepaal wanneer konflikte ontstaan tydens beplanning en doelwitformulering. Volgens hulle ontstaan angs/vrees wanneer 'n doelwit wat oorlewing en veiligheid verseker, bedreig word en ongelukkigheid/depressie wanneer 'n belangrike plan misluk of 'n bepaalde doel nie bereik is nie. Emosies is verantwoordelik vir die oplegging van 'n relatief stereotipe modus van operasies in die kognitiewe sisteem ooreenkomstig die evolusionêre funksie van die bepaalde emosie. Vrees en angs sal dus 'n konfigurasie in die kognitiewe sisteem opleë wat operasies, wat noodsaaklik vir die vermyding van gevaar is, fasiliteer. In so 'n geval kan angs die prioriteit om komplekse geheue-inhoude te prosesseer verminder en die prioriteit verhoog van operasies wat perseptuele oplettendheid verseker.

Volgens Williams et al. (1997) verteenwoordig angs 'n verskuiwing na 'n modus van hiperwaaksaamheid. Die persoon fynkam die omgewing vir aanduidings van enige bedreigende stimulus, veral vir dié wat vroeër met angs geassosieer is. In hierdie modus prioritiseer die kognitiewe sisteem die aanvanklike outomatiese kodering van bedreigende stimuli, maar nie die strategiese herhaling en inoefening van sulke materiaal sodat eksplisiete kodering na die geheue plaasvind nie. Indien so 'n uitgangspunt korrek is, ontstaan die vraag hoe vroeg in die prosesseringsstelsel hierdie "fynkammering" van die omgewing (aandagsverdraaiing) plaasvind.

Aanduidings dat emosionele-Stroopinmenging geskied tydens die vroegste fase van informasieprosessering, ook genoem vooraandagsverdraaiing, blyk volgens Williams et al. (1997) uit

kleurbenoemingseksperimente waarin die semantiese stimuli subliminaal aangebied is (MacLeod & Rutherford, 1992; Mogg et al., 1993).

Williams et al. (1997) gebruik die sogenaamde Parallel Verspreide Prosesseringsmodel (PVP-model) van die klassieke kleurkonflik Stroop (Cohen, Dunbar, & McClelland, 1990) as 'n heuristiese model om die emosionele-Stroopverskynsels mee te verklaar, en hulle is van mening dat opponerende prosesse binne so 'n model verantwoordelik kan wees vir die dissosiasie tussen aandagsverdraaiing en geheueverdraaiing wanneer dit voorkom. Die PVP-model beskryf konflik in die klassieke Strooptaak in terme van twee bane, een vir kleurbenoeming, die ander vir die lees van die woorde. Elkeen van die bane het inset-eenhede (vir die kleure of woorde respektiewelik), intermediêre eenhede, en uitset-eenhede (vir die response om die kleur te noem of die woord te lees). Hierdie bane interageer deur met mekaar se aktiwiteit in te meng of dit te fassiliteer.

Williams et al. (1997) beskryf drie maniere waarop kleurbenoeming-inmenging deur emosionele woorde binne die PVP-model verklaar kan word. Dit is drie prosesse waardeur baie van die vroeër onverklaarbare verskynsels (deur ander modelle) by die emosionele-Strooptaak verduidelik word, naamlik (a) 'n toename in sterkte van prosessering in die woordlees-baan (wat 'n verklaring bied vir die "expertise"-effekte), (b) 'n toename in die rusvlak van aktivering van inset-eenhede vir konsepte van huidige belang (wat 'n verklaring bied vir spesifiekheid-effekte), en (c) 'n toename in inset-aktivering as gevolg van 'n neuromodulêre invloed op die aktiveringsfunksie van daardie inset-eenhede wat met bedreiging geassosieer word (wat 'n verklaring bied vir algemene gemoedseffekte).

Williams et al. (1997) gebruik ook die PVP-model om die dissosiasie tussen aandags- en geheueverdraaiing te verduidelik. In die eerste uitgawe van hulle boek skryf Williams, Watts, MacLeod, en Mathews (1988) die dissosiasieverskynsel toe aan verskille tussen twee prosesse, integrasie en elaborasie, wat 'n effek het op psigiese voorstellings (skemas) van byvoorbeeld woorde (Graf & Mandler, 1984). In die 1997-uitgawe gaan Williams et al. verder en gebruik die PVP-model om meer presies te modelleer hoe dit gebeur. Dit val buite die bestek van die huidige studie en word daarom nie verder bespreek nie.

Navorsing oor aandagsverdraaiing by sosiale fobie met die emosionele-Strooptaak, het sekere implikasies vir die huidige studie. Dit word vervolgens bespreek.

3.4.3.4 Implikasies vir die huidige ondersoek.

Hope, Rapee et al. (1990) het aanbeveel dat die emosionele-Strooptaak in behandelingsuitkomstudies gebruik moet word, terwyl Mattia et al. (1993) aanbeveel het dat hulle studie opgevolg behoort te word met navorsing waar die effek van verskillende behandelingsmodaliteite op die Strooptaak ondersoek word. Die huidige ondersoeker is egter van mening dat die kwessie van oefeningseffekte van een toetsgeleentheid op 'n volgende eers uitgeklaar moet word. In multi-kulturele samelewings soos Suid-Afrika kan dit maklik gebeur dat die teikenpopulasie verskillende huistale praat, byvoorbeeld Afrikaans of Engels. Om genoeg vergelykbare emosionele woorde vir een toetsgeleentheid te vind, is moeilik genoeg;

om 'n groot genoeg stel ekwivalente woorde in verskillende tale te vind om telkens (i.e. tydens verskillende opvolg-toetsessies) ander woorde te gebruik, sal baie moeilik wees. 'n Ander voordeel, as gevind sou word dat oefeningseffekte nie 'n beduidende rol speel nie en dieselfde stel woorde dus tydens die verskillende toetsgeleenthede gebruik kan word, is die feit dat die woorde dan heeltemal ekwivalent is wat betref semantiese inhoud (en dus emosionele valensie en mate van verbandhoudendheid met die deelnemers se vrese) en strukturele eienskappe (soos gebruiksfrekwensie, aantal lettergrepe, ens.). As dieselfde stel woorde in dieselfde kleure op 'n kaart by elke toetsgeleentheid gebruik kan word, eerder as rekenaaraanbiedings waar die woorde en kleure op toevallige wyse gevarieer word, verseker dit dus ook meer ekwivalensie tussen enige twee toetsgeleenthede. As daar egter wel beduidende toetseffekte by die nie-behandelde kontrolegroep gevind word, kan emosionele-Stroopontwrigting as aanduiding van aandagsverdraaiing nie verder as afhanklike veranderlike en as 'n meting van behandelingsuitkoms gebruik word nie. Indien oefeningseffekte sou blyk onbeduidend te wees, kan die hele kwessie van 'n "expertise"- versus blootstellingsweergawe van emosionele-Stroopeffekte ook ondersoek word.

Dus, die kwessie van oefeningseffekte behoort eerstens ondersoek te word en die kontrolegroep se emosionele-Stroopprestasies tydens verskillende toetsgeleenthede kan gebruik word om dit te doen. Indien die effekte onbeduidend sou blyk te wees, kan die prestasies (tydens voor- en na-behandeling) van die behandelde groepe vergelyk word. 'n Afname in ontwrigting sal eerstens die "expertise"-weergawe van die Stroopeffekte weerlê. Dit sou steun bied vir die hipotese wat bekend geraak het as die "blootstellingsweergawe" van die Stroopeffekte. Hiermee word bloot bedoel dat aandagsverdraaiing die gevolg is van blootstelling aan die emosionele betekenis van die stimuluswoorde en gedemonstreer word deur verminderde Stroopeffekte as gevolg van die behandeling (blootstelling) wat die deelnemers ontvang het.

3.5 'N SAMEVATTING VAN KOGNITIEWE TEORETISERING EN NAVORSING RAKENDE SOSIALE FOBIE

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou en verskeie navorsers stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie relevant mag wees, aangesien kognitiewe manifestasies by hierdie versteuring opval. Beck se kognitiewe teorie van sosiale angs het heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry en Heimberg se groep kognitiewe gedragsbehandeling van sosiale fobie, wat in die huidige studie gebruik is, is op hierdie teorie gebaseer. Navorsing is veral oor die volgende kognitiewe faktore en teorieë, wat met die kognitiewe model verband hou, gedoen: verwagtings van negatiewe sosiale gebeure; negatiewe kennisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling; selektiewe en self- gefokusde aandag. Navorsing het ook bevestig dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband blyk te hou. Die volgende verskynsels is geïdentifiseer: wanaangepaste attribusie-style; bevooroordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer; diskrepansie in self-evaluasie tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom / haar verwag om te hê; 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes; 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes. Meer onlangs het Rapee en Heimberg (1997) 'n kognitiewe-gedragsmodel van sosiale fobie aangebied. Volgens die skrywers brei hulle uit op vorige modelle en fokus hulle op 'n kognitiewe perspektief, wat die mees logiese

raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied, en wat algemeen in die behandelings- en navorsingsmetodes van sosiale fobie voorkom. Die model gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus negatief sal evalueer, terwyl hulle fundamentele belang daaraan heg om positief deur ander geëvalueer word. Wanneer die persoon hom / haar in 'n sosiale of evaluasie situasie bevind (of dit antisipeer, of in retrospek deurgaen) vorm hy / sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy / sy aanneem die toeskouer(s) sy / haar voorkoms en gedrag sien. Hierdie voorstelling is op 'n losweg geïntegreerde amalgaan van informasie uit die langtermyn geheue, interne informasie (bv. fisiese simptome) en eksterne informasie (bv. terugvoer van toeskouers) gebaseer. Terselfdertyd fokus die persoon op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing, wat vir 'n sosiaal fobiese persoon veral aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie sal behels. Tesame met die voorafgaande formuleer die individu 'n voorspelling van die gehoor se verwagte standaard of norm vir optrede in die situasie. Dit word vergelyk met die gehoor se veronderstelde siening van die individu se voorkoms en optrede. Die diskrepansie wat so gevind word, lei tot die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en die oorweging van negatiewe sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. So word verdere angs, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, ontlok. Die individu se voorstelling van sy / haar voorkoms, soos deur die toeskouers gesien, word beïnvloed deur hierdie manifestasies van angs, en die siklus word hernu.

Die oorsake van die verskynsel van aandagsverdraaiing by sosiale fobie vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma is hoofsaaklik ondersoek met behulp van 'n emosionele-Strooptaak. Die belangrikste kognitiewe teorieë oor die oorsake van aandagsverdraaiing is die skema-teorie van Beck en die assosiasie-netwerk-teorie van Bower. Beide berus op 'n informasie-prosesseringsparadigma. Baie navorsing is met die emosionele-Strooptaak gedoen ten einde die verskynsel van aandagsverdraaiing te bestudeer. Eerstens is studies gedoen waarin emosionele-Strooeffekte by bepaalde kliniese subgroepe, insluitende verskillende angsversteurings (ook sosiale fobie), aangetoon is. Tweedens is die oorsake en korrelate van die emosionele-Strooeffekte ook in verskeie studies ondersoek, asook die onderliggende meganismes wat vermoed word daarvoor verantwoordelik is. Wat betref die oorsake en korrelate van emosionele-Stroopinmenging, is daar, ongeag die meganismes onderliggend aan die verskynsel, vordering gemaak in die identifisering van die kondisies wat daardie meganismes aktiveer. Eerstens kan sekere verklarings op grond van onlangse navorsing uitgeskakel word. Voor hierdie studies mag sommige persone dalk van die standpunt uitgegaan het dat emosionele-Strooeffekte die gevolg is van 'n tydelike ontwrigting in prosessering veroorsaak deur 'n tydelike verhoging van angs as gevolg van die sien van 'n bedreigende woord. Die feit dat emosionele-Stroopinmenging ook op positiewe woorde voorkom, maak so 'n verklaring onwaarskynlik. Tweedens het die staat- versus trek-angs kwessie verder gevorder as die blote vraag of dit die een of die ander is wat die ontwrigting veroorsaak. Huidige vlak van staat-angs blyk nie konsekwent met die vlak van kleurbenoemingsinmenging verbind te wees nie, moontlik weens die feit dat staat-angs 'n taamlike growwe meting is van die staat van 'n persoon se huidige bekommernis. Verhoogde trek-angs was meer konsekwent met kleurbenoemingsinmenging op bedreigende materiaal geassosieer, en het verband gehou met die omvang van hierdie inmenging by beide klinies-angstige pasiënte en by deelnemers wat binne die normale dimensies van angstigheid gevarieer het. Die vlak van trek-angs het nie geïnterageer met staat-angs nie, asook nie met die staat veroorsaak deur eksperimenteel gemanipuleerde mislukking tydens 'n studietaak nie, maar het wel tot

gevolg gehad dat deelnemers meer gereadig inmenging gedemonstreer het tydens die langertermynstressor van geantisipeerde eksamens. Herstel van kliniese status is geassosieer met verlaagde kleurbenoemingsinmenging, alhoewel geen stres-toets met sulke herstellende pasiënte gedoen is om te bepaal of emosionele-Stroopprestasie dalk 'n merker van latente kwesbaarheid is nie. Kleurbenoemingsontwrigting is egter nie die algemene bevinding by nie-kliniese individue wat ten opsigte van trek-angs verskil nie.

Die afwesigheid van nie-behandelde kontrolegroepe in behandeling-uitkomststudies waarin die emosionele-Stroop gebruik is, veroorsaak dat die hele kwessie betreffende 'n "expertise"-verklaring vir Stroopeffekte tot dusver nog nie effektief aangespreek is nie. Die effek van behandeling van sosiale fobie op die emosionele-Stroopontwrigting is slegs in een studie ondersoek. 'n Beduidende verlaging van emosionele-Stroopontwrigting is vir 'n sosiaal-fobiese groep, wat effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of met anti-depressiewe medikasie behandel is, gedemonstreer. Die effekte op die emosionele-Strooptaak was onbeduidend vir 'n groep wat nie beduidend na dieselfde behandelings verbeter het nie. 'n Kontrolegroep is nie in hierdie ondersoek betrek nie. Die effek van verskillende soorte behandelings van sosiale fobie op emosionele-Stroopontwrigting, is sover bekend nog nie in enige studie vergelyk nie.

4. DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE

4.1 INLEIDING

Sosiale fobie kan effektief behandel word. Hope et al. (1993) voer aan dat driekwart van individue met sosiale fobie belangrike kliniese veranderinge ná die beste behandelings getoon het. In hierdie hoofstuk sal verskillende behandelingstrategieë krities en vergelykend bespreek word. Studies met 'n enkel-deelnemerontwerp sal nie in hierdie hoofstuk volledig bespreek word nie, aangesien dit om verskeie redes vergelyking van verskillende behandelingsmetodes bemoeilik (Hope et al., 1993). In alle behandeling uitkomsstudies wat bespreek sal word, is deelnemers met 'n diagnose van sosiale fobie betrek, tensy anders vermeld.

In die meerderheid van gekontroleerde sielkundige behandelingsuitkomsnavorsing (voortaan genoem uitkomsstudies) is een of ander vorm van kognitiewe gedragsterapie gebruik, insluitend byvoorbeeld verskillende vorme van kognitiewe terapie, soos byvoorbeeld Beck se kognitiewe terapie (Beck et al., 1985), rasioneel-emotiewe gedragsterapie (Ellis, 1962, 1970, 1991) en selfinstruksie-opleiding (Meichenbaum, 1975) by die behandeling van sosiale fobie betrek. 'n Aanpassing van Beck se kognitiewe terapie spesifiek vir die behandeling van sosiale fobie, is groepkognitiewegedragsterapie deur Heimberg en sy kollegas (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg & Becker, 1984). Ander kognitief-gedragsterapeutiese strategieë wat in studies gebruik is en wat in hierdie hoofstuk bespreek sal word, is ontspanningsopleiding soos progressiewe ontspanning en toegepaste ontspanning, sosialevaardigheid-opleiding, sistematiese desensitisasie en ander vorme van blootstelling, en verskillende kognitief-gedragsterapeutiese strategieë soos byvoorbeeld groepkognitiewegedragsterapie en angshanteringsopleiding (Suinn & Richardson, 1971). Sommige skrywers onderskei tussen sogenaamde Beck-Emery kognitiewe gedragsterapie (Michelson & Marchione, 1991) en Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie wat soms Beck-Heimberg kognitiewe gedragsterapie (Feske & Chambless, 1995) genoem word.

Die meeste navorsing oor kognitief-gedragsterapeutiese strategieë in die behandeling van sosiale fobie behels 'n vergelyking van kognitiewe herstrukturering of 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling soos groepkognitiewegedragsterapie, met meer klassieke gedragsterapeutiese strategieë soos variasies en kombinasies van blootstelling en sosialevaardigheid-opleiding (Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Een kognitief-gedragsterapeutiese behandelingsmetode spesifiek, naamlik groepkognitiewegedragsterapie, is deeglik ondersoek en blyk effektief te wees in die behandeling van sosiale fobie. 'n Ondersoek van die differensiële effektiwiteit van die komponente van groepkognitiewegedragsterapie (Hope, Heimberg et al., 1995), naamlik 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, is veral van belang vir die huidige ondersoek en sal in meer besonderhede bespreek word.

Hoofstuk 4 is soos volg georganiseer.

Die effektiwiteit van behandeling word eerstens bespreek en is in drie breë afdelings georganiseer, naamlik die effektiwiteit van dinamies-georiënteerde terapie, kognitiewe gedragsterapie en farmakologiese behandeling. Daarna word die effektiwiteit van verskillende behandelings met mekaar vergelyk in drie aparte afdelings, naamlik verskillende (nie-kognitief-gedragsterapeutiese) psigoterapieë, kognitief-gedragsterapeutiese behandelingsprosedures en medikasie. In laasgenoemde afdeling word die effektiwiteit van verskillende soorte medikasie, en medikasie en sielkundige behandeling met mekaar vergelyk. Hierna word verskillende onderwerpe wat ook verband hou met die behandeling van sosiale fobie krities bespreek, naamlik verskillende standpunte oor die differensiële effektiwiteit van kognitief-gedragsterapeutiese strategieë, verskeie studies waarin die differensiële effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering, blootstelling en/of 'n kombinasie van die twee ondersoek is, meta-analitiese studies oor die effektiwiteit van kognitief-gedragsterapeutiese behandeling van sosiale fobie, die kwessie of dit nog enige voordele inhou om kognitiewe herstrukturering by behandeling te betrek, teorieë oor die meganismes betrokke by angsreduksie tydens kognitiewe gedragsterapie, en faktore wat naas tipe behandeling ook 'n effek kan hê op terapie-uitkomsbevindings by sosiale fobie. Die hoofstuk word afgesluit met 'n algemene samevatting.

4.2 EFFEKTIWITEIT VAN VERSKILLENDE VORME VAN BEHANDELING

4.2.1 Dinamies-georiënteerde psigoterapie

Slegs een gekontroleerde studie uit 'n ander oriëntasie as 'n kognitief-gedragsterapeutiese benadering by die behandeling van sosiale fobie is gepubliseer (Alström, Nordlund, Persson, Harding, & Ljungqvist, 1984). Daar is gevind dat dinamies-georiënteerde ondersteunende psigoterapie plus 'n minimale aandag-kontrolebehandelingskondisie, waar die totale program opvoeding, self-blootstellingsadvies, en angswerende medikasie ingesluit het, meer effektief was as die minimale aandag-kontrole alleen.

4.2.2 Kognitiewe gedragsterapie

4.2.2.1 Sosialevaardigheid-opleiding alleen en in kombinasie met ander strategieë

In verskeie studies in die sewentigerjare is die waarde van sosialevaardigheid-opleiding in die behandeling van sosiale fobie gedemonstreer (Argyle, Bryant, & Trower, 1974; Marzillier, Lambert, & Kellett, 1976; Shaw, 1979; Trower, Yardley, Bryant, & Shaw, 1978). Daar word vermoed dat baie van die deelnemers in hierdie studies uitsluitlik/ook kon gely het aan 'n vermydende-persoonlikheidsversteuring met kenmerkende gebrekkige sosiale vaardighede. Nadat sosiale fobie in 1980 in die DSM-klassifikasiesisteem (American Psychiatric Association, 1980) beskryf is, is meer geldige diagnoses waarskynlik gemaak en is beter gekontroleerde navorsing gedoen. In die tagtigerjare het die klem in navorsing egter veral op medikasie, blootstelling en kognitiewe herstrukturering as behandelingsmetodes begin val. In die tydperk is die effektiwiteit van sosialevaardigheid-opleiding (Öst et al., 1981) en in die

negentigerjare 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en ander strategieë soos intense blootstelling (Turner, Beidel, Cooley et al., 1994) by sosiaal-fobiese individue gedemonstreer, veral by dié met sosialevaardigheidstekorte. Turner en sy medewerkers het sosialevaardigheid-opleiding met opvoeding, blootstelling en geprogrammeerde oefening gekombineer in 'n strategie wat hulle sosiale-effektiwiteitsterapie (Turner, Beidel, & Cooley, 1994) genoem het. Hulle het gevind dat 'n groep deelnemers met veralgemeende sosiale fobie volgens 'n bepaalde eindstaat-indeks, gebaseer op die gedrag van 'n "normale" (i.e., nie-fobiese) groep, beduidend en betekenisvol verbeter het. Daar is ook gevind dat blootstelling in kombinasie met opleiding in kommunikasie- en toespraakvaardighede (Newman, Hofmann, Trabert, Roth, & Taylor, 1994), en sosialevaardigheid-opleiding in kombinasie met *in vivo* blootstelling en rationeel-emosiewe gedragsterapie tot groter verbetering as 'n waglys-kontrolekondisie by sosiale fobie gelei het (Mersch, 1995).

4.2.2.2 Sistematiese desensitisasie

Daar is in een van twee studies groter verbetering by behandelde sosiaal-fobiese deelnemers as by 'n onbehandelde waglys-kontrolegroep gevind met behulp van 'n aangepaste weergawe van sistematiese desensitisasie, genoem "selfkontrole desensitisasie" (Kanter & Goldfried, 1979). Die mislukking om betekenisvolle verskille in die tweede studie (Marzillier et al., 1976) te vind, kan dalk toegeskryf word aan hoë attrisie (deelnemer-uitval) en prosedure-probleme. Dit mag ook wees dat die wysigings wat Kanter en Goldfried by die standaard- sistematiese desensitasiebenadering aangebring het, vir die beter resultate verantwoordelik was.

4.2.2.3 Ontspanningsopleiding (progressiewe ontspanning en toegepaste ontspanning)

Daar is geen gepubliseerde navorsing waar standaard progressiewe ontspanningsopleiding met 'n waglys-kontrolekondisie vergelyk is nie. Dit is egter wel vergelyk met minimale plasebobehandeling ('n aandag-kontrolekondisie) en daar is min aanduidings dat die progressiewe ontspanning bygedra het tot die effektiwiteit van die minimale behandeling (Alström et al., 1984). 'n Aangepaste weergawe van ontspanningsopleiding, naamlik toegepaste ontspanning (Öst, 1987), het wel geblyk meer voordelig te wees as geen behandeling nie (Jerremalm et al., 1986). Dit is egter belangrik om in gedagte te hou dat toegepaste ontspanning ook oefening om in die gevreesde situasies te ontspan (en dus blootstelling) insluit .

4.2.2.4 Kognitiewe herstrukturering en blootstelling

Kognitiewe herstrukturering en blootstelling word saam bespreek omdat blootstelling dikwels gebruik word om kognitiewe herstruktureringsvaardighede te oefen (en dus in kombinasie daarmee gebruik word), dit nie altyd duidelik is hoe "suiwer" (i.e., sonder blootstelling) die kognitiewe herstrukturering is wat in sommige studies gebruik is nie en die feit dat studies (waarin dit wel aangedui word) ook van mekaar verskil wat die mate van "suiwerheid" van die kognitiewe herstrukturering wat gebruik is, betref.

Blootstelling aan gevreesde situasies verteenwoordig 'n standaard-intervensie by die behandeling van fobies en ander angsversteurings (Barlow & Beck, 1984), en dit is alleen of in kombinasie met kognitiewe herstrukturering en/of sosialevaardigheid-opleiding by sosiale fobie nagevors. Die effektiwiteit van laasgenoemde kombinasie is reeds bespreek.

Daar is verskeie kognitiewe herstruktureringstegnieke wat gebruik word, soos byvoorbeeld Sokratiese dialoog, veronderstelling-van-die-ergste, die kamera-kontrole tegniek en verbale betwisting (bv. die vra van kritiese vrae). Daar is ook verskillende maniere om blootstelling toe te pas, byvoorbeeld (a) blootstelling op verbeeldingsvlak, in gesimuleerde situasies en *in vivo* (werklike) blootstelling, (b) geleidelike (gegradeerde) versus vinnige, intensiewe blootstelling (oorstimulasie of "flooding"), (c) sporadiese versus herhaalde en gekonsentreerde blootstelling, en (d) terapeut-ondersteunde versus self-blootstelling. Dit wil voorkom asof geleidelike blootstelling dalk verkieslik is omdat dit minder attrisie tot gevolg kan hê, dat herhaalde en gekonsentreerde blootstelling beter as sporadiese blootstelling is, dat self-blootstelling in die vorm van huiswerkopdragte effektief blyk te wees en terugval na behandeling verminder, en dat blootstelling in groepe in gesimuleerde situasies 'n effektiewe strategie is, maar dat *in vivo* blootstelling uiteindelik die beste resultate behoort te lewer (Barlow, 1988; Marks, 1987), of minstens deel vorm van die effektiwste behandelings (Heimberg & Juster, 1995). Mersch (1995) beskryf *in vivo* blootstelling as die "gold standard" (p. 260) waarteen ander behandelings gemeet moet word en Turner, Beidel et al., (1996) beskryf blootstelling as waarskynlik die "critical ingredient" (p. 795) van effektiewe terapie vir sosiale fobie.

Ten spyte van die sterk aanduidings oor die effektiwiteit van blootstelling, word daar in die kognitiewe teorie waarop groepkognitiewegedragsterapie gebaseer is (Beck et al., 1985) gehipotetiseer dat (a) kognitiewe verandering, gedefinieer as remediëring van disfunksionele selfstellings en verdraaide informasieprosessering, essensieel is vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, 'n standpunt gedeel deur prominente navorsers in die veld van sosiale fobie (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990), en (b) dat kognitiewe herstrukturering die effektiwste (en selfs essensiële) interventie is om dit te bewerkstellig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). Volgens Beck et al. (1985) kan kognitiewe verandering *direk* bewerkstellig word deur rasonale analise en betwisting van disfunksionele gedagtes (d.w.s. met kognitiewe herstrukturering) en *indirek* deur sukseservarings in voorheen gevreesde situasies (d.w.s. via blootstelling). Hope, Heimberg et al. (1995) is van mening dat blootstelling kognitiewe herstrukturering op twee maniere fassiliteer. Eerstens voorsien blootstelling dikwels sukseservarings wat gebruik kan word om irrasionele gedagtes mee te bevraagteken. Tweedens lok blootstelling angs uit wat sekere kerngedagtes meer toeganklik vir identifikasie en kognitiewe herstrukturering maak as wat die geval is wanneer die persoon ontspanne is. Aan die ander kant kan kognitiewe herstrukturering op sy beurt weer die terapeutiese effekte van blootstelling moontlik maak deur 'n angshanteringstrategie te voorsien wat individue help om gouer moeilike situasies te betree en daarin te bly sonder om te ontsnap. Dus, kognitiewe teorie sal waarskynlik voorspel dat blootstelling op sy eie minder effektiewe behandeling vir sosiale fobie sal wees as die gekombineerde behandeling van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling. Voordat navorsing oor spesifiek hierdie hipotese bespreek word, sal daar eers gefokus word op studies waarin die effektiwiteit van die twee benaderings afsonderlik en gekombineerd ondersoek is.

Kognitiewe en blootstellingsintervensies is die meeste van alle sielkundige behandelings by sosiale fobie nagevors en in die gepubliseerde studies is gevind dat blootstelling alleen (Al-Kubaisy et al., 1992; Alström et al., 1984; Beidel, Turner, & Cooley, 1993; Butler et al., 1984; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Mersch, 1995; Turner, Beidel, & Jacob, 1994) of kognitiewe herstrukturering alleen (Jerremalm et al., 1986; Kanter & Goldfried, 1979; Mattick et al., 1989) of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (Butler et al., 1984; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a) meer effektief was as waglys-kontrole- of plasebo-kondisies (aandag-kontrole of pilplasebo).

Daar is verwys na groepkognitiewegedragsterapie as 'n spesifieke behandelingsprogram vir sosiale fobie waarin kognitiewe herstrukturering plus blootstelling die belangrikste aktiewe behandelingskomponent was. Die effek daarvan is met dié van 'n aandag-kontrolekondisie vergelyk. Dit word vervolgens in meer besonderhede bespreek.

4.2.2.5 Groepkognitiewegedragsterapie

In die aanvanklike evaluasie van groepkognitiewegedragsterapie (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985) is 7 pasiënte met sosiale fobie betrek in 'n meervoudige basislynontwerp. 'n Vroeëre weergawe van die program het ook blootstelling op verbeeldingsvlak, naas blootstelling tydens rollespel (gesimuleerde blootstelling) en *in vivo* blootstelling ingesluit. Die blootstelling-op-verbeeldingsvlak-komponent is later weggelaat as gevolg van prosedure-probleme. Die deelnemers het betekenisvolle verbetering getoon op 'n wye reeks van selfgerapporteerde gedrags- en fisiologiese metings en die behandelingseffekte is gehandhaaf tydens 'n 6-maande-opvolg by 6 van die 7 deelnemers.

Daarna het Heimberg, Dodge et al. (1990) groepkognitiewegedragsterapie vergelyk met 'n kredietwaardige aandag-kontrolekondisie wat hulle Educational Supportive Group Psychotherapy genoem het. Dit het opvoeding oor sosiale fobie en ondersteunende groepterapie ingesluit. Alhoewel die deelnemers in beide behandelings op die meeste metings verbeter het, het die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het beter resultate as die aandag-kontrolegroep getoon in terme van klinikus-beoordelings en op verskeie metings verkry uit 'n geïndividualiseerde gedragstoets. In hierdie studie is gerapporteer dat 75% van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het en 40% van die deelnemers wat die aandag-kontrolekondisie ontvang het volgens klinikus-beoordelings betekenisvolle verbetering getoon het, en dat 81% van eersgenoemde groep en 47% van laasgenoemde groep subkliniese vlakke van sosiale angs na 'n 6-maande-opvolgondersoek getoon het. Na 'n 5-jaar-opvolg (Heimberg, Salzman et al., 1993) was die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het meer geneig om die terapeutiese winste te behou en het ook in dié tydperk groter verdere verbetering getoon as die aandag-kontrolegroep. Hierdie bevinding moet egter met 'n mate van versigtigheid beskou word aangesien aansienlike attrisie tydens hierdie lang periode voorgekom het en die 5-jaar-opvolg steekproef hoofsaaklik bestaan het uit deelnemers wat gemiddeld effens minder benadeeld was as dié tydens die 6-maande-opvolgstadium. Aan die ander kant, die mate van attrisie was vir beide behandelingskondisies dieselfde.

Lucas en Telch (1993) het basies die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) gerepliseer, maar met die byvoeging van 'n individueel-toegepaste weergawe van groepkognitiewegedragsterapie. Soos in die Heimberg, Dodge et al. (1990) studie het die deelnemers in beide die groepkognitiewegedragsterapie en aandag-kontrolekondisies op die meeste metings verbeter met die deelnemers in eersgenoemde groep wat wel op sekere metings 'n groter mate van verbetering getoon het.

Waar daar in die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) gedemonstreer is dat groepkognitiewegedragsterapie meer effektief is as 'n aandag-kontrolekondisie, is daar in 'n studie deur Hope, Heimberg et al. (1995) gevind dat groepkognitiewegedragsterapie meer effektief is as 'n waglys-kontrolekondisie.

4.2.2.6 Samevatting

Dit blyk uit die bespreking in hierdie afdeling dat daar verskillende kognitief-gedragsterapeutiese benaderings is wat effektiewe behandeling vir sosiale fobie bied, soos verskillende variasies en kombinasies van sosialevaardigheid-opleiding, sistematiese desensitisasie (spesifiek selfkontrole desensitisasie), ontspanningsopleiding, blootstelling en kognitiewe herstrukturering.

4.2.3 Farmakologiese behandeling

Drie hooffipes van medikasie word dikwels vir sosiale fobie voorgeskryf, naamlik bensodiasepienes, beta-adrenergiese blokkeerders en antidepressante. Laasgenoemde is hoofsaaklik afkomstig uit die volgende klasse: mono-amienoksidaseremmers (MAOIs), selektiewe seretonien heropname inhibeerders (SRRIs) en meklobemide (Aurorix).

4.2.3.1 Bensodiasepienes

Alprazolam (handelsname: Xanax of Xanor), 'n stadigwerkende bensodiasepiene, mag van waarde wees vir die fisiologiese opwekking en subjektiewe ongemak geassosieer met sosiale fobie. Reich, Noyes en Yates (1989) het die effek van alprazolam by 14 deelnemers met 'n diagnose van sosiale fobie met vermydende-persoonlikheidsversteuring ondersoek. Hulle het beduidende verbetering gerapporteer wat betref sekere kenmerke van vermydende-persoonlikheidsversteuring, soos vermyding van interpersoonlike of alledaagse aktiwiteite, vrees vir verleentheid en vrees om beheer te verloor. Sewe dae nadat medikasie gestaak is, het alle vermydende-persoonlikheidsversteuringskenmerke, buiten vermyding van interpersoonlike aktiwiteite, tot die basislyn-vlakke teruggekeer. In 'n dubbelblinde studie deur Gelernter et al. (1991) is gevind dat deelnemers met sosiale fobie wat alprazolam geneem het beduidende verbeterings getoon het, maar nie meer as dié wat 'n pilplasebo geneem het nie. Die Alprazolam-gebruikers was ook geneig tot terugval sodra die medikasie gestaak is.

4.2.3.2 Beta-adrenergiese blokkeerders

In die behandeling van sosiale fobie lyk beta-adrenergiese blokkeerders soos atenolol belowend, maar dit is dalk effens minder effektief as die mono-amienoksidaseremmers. Liebowitz et al. (1987) rapporteer dat 9 van 10 deelnemers minstens matige verbetering getoon het na 'n 8-weke-behandeling met atenolol. In 'n gekontroleerde dubbelblinde studie met 74 deelnemers met sosiale fobie, het Liebowitz et al. (1992) egter gevind dat die responskoers van 64% vir fenelsien, 'n mono-amienoksidaseremmer, hoër was as vir atenolol (30%), wat nie beduidend van 'n plasebo (23%) verskil het nie. Vir spesifieke sosiale fobie was die responskoers vir atenolol hoër (40%) as die algehele koers (30%). Analises wat 16 weke later uitgevoer is, het 'n toename in effektiwiteit vir atenolol (43% responskoers) en 'n effense afname in effektiwiteit vir fenelsien (52%) getoon. Fenelsien het statisties beter gevaar as 'n plasebo (19%), maar die resultate vir atenolol het nie beduidend verskil van die van fenelsien of 'n plasebo nie. Kritiek teen laasgenoemde studie was dat verbetering deur 'n enkele klinikus beoordeel is, 'n probleem wat reggestel is deur Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) deurdat hulle van saamgestelde indekse (wat verderaan bespreek word) gebruik gemaak het. Wat betref verbetering by deelnemers wat met atenolol behandel is, is drie groepe onderskei: geen of minimale (53,3%), matige (33,3%) en beduidende (13,3%) verbetering, en wat eindstaat-funksionering betref, is hulle in die volgende drie groepe verdeel: lae (55,6%), matige (22,2%) en hoë (22,2%) status. Belangrik egter is dat daar, soos in die studie van Liebowitz et al. (1992), nie beduidende verskille was tussen die resultate van atenolol- en plasebobehandeling nie. Op hierdie stadium is die resultate van atenolol-behandeling alleen dus nie baie positief nie, maar die gebruik daarvan by 'n bepaalde sub tipe, naamlik spesifieke sosiale fobie, lyk meer belowend.

4.2.3.3 Antidepressante

Liebowitz en sy kollegas het verskeie ondersoeke uitgevoer waarin die waarde van die mono-amienoksidaseremmers, fenelsien (Nardil) (Liebowitz, Fyer, Gorman, Campeas, & Levin, 1986; Liebowitz et al., 1988; Liebowitz et al., 1992) en trianielsipromien (Versiani, Mundim, Nardi, & Liebowitz, 1988), in die behandeling van sosiale fobie aangetoon is. Schneier, Levin en Liebowitz (1990) het die mening uigespreek dat fenelsien veral van waarde mag wees vir pasiënte met veralgemeende sosiale fobie en die data van Liebowitz et al. (1992) bied 'n mate van steun vir so 'n standpunt.

Versiani et al. (1992) het fenelsien, moklobemiede (Aurorix) en 'n pilplasebo met mekaar vergelyk by 78 deelnemers met sosiale fobie. Die data het aangedui dat (a) fenelsien en moklobemiede beduidend beter resultate as 'n pilplasebo gelewer het, (b) hulle dieselfde responskoers het, (c) moklobemiede dalk effens langer neem om dieselfde terapeutiese effekte as fenelsien te hê, en (d) daar by beide middels 'n groot terughal was wanneer die pasiënte medikasie gestaak het.

4.3 VERGELYKING VAN BEHANDELINGS

4.3.1 Verskillende psigoterapieë

Slegs een ondersoek kon opgespoor word waarin die effektiwiteit van verskillende vorme van psigoterapie in die behandeling van sosiale fobie vergelyk is. In die studie van Alström et al. (1984) is basale terapie ('n minimale behandeling bestaande uit opvoeding, ondersteuning, instruksie vir self-blootstelling en ongespesifiseerde medikasie), met dinamiesgeoriënteerde ondersteunende psigoterapie, verlengde *in vivo* blootstelling en standaard ontspanningsopleiding vergelyk. Die skrywers het tot die gevolgtrekking gekom dat blootstelling die mees effektiewe behandeling was, dat ondersteunende psigoterapie effens minder effektief was en dat ontspanning en basale terapie alleen die swakste resultate gelewer het. 'n Probleem met die interpretasie van die resultate is dat alle deelnemers die instruksie ontvang het om hulself aan gevreesde situasies bloot te stel, maar die mate waarin dit gebeur het, is nie gerapporteer en/of dalk gekontroleer nie.

4.3.2 Kognitiewe gedragsterapie

In die meeste gekontroleerde behandeling uitkomststudies by sosiale fobie is een of ander vorm van kognitief-gedragsterapeutiese intervensie, soos byvoorbeeld variasies van kognitiewe terapie, rasioneel-emotiewe gedragsterapie, sosialevaardigheid-opleiding en ontspanningsopleiding, vergelyk. Vervolgens word ondersoekte bespreek waar daar nie beduidende verskille tussen die verskillende intervensies gevind is nie, gevolg deur 'n bespreking waarin daar wel verskille in effektiwiteit gevind is.

4.3.2.1 Geen verskille in effektiwiteit tussen behandelingsprosedures

In die meerderheid van studies waarin verskillende kognitief-gedragsterapeutiese intervensies vergelyk is, is daar nie verskille in effektiwiteit gevind nie (Feske & Chambless, 1995; Hope et al., 1993; Turner, Cooley-Quille et al., 1996). Daar is byvoorbeeld geen verskille in effektiwiteit gevind tussen sosialevaardigheid-opleiding en die volgende kognitief-gedragsterapeutiese intervensies nie: (a) sistematiese desensitisasie (Marzillier et al., 1976; Shaw, 1979), (b) intense blootstelling ("flooding") op verbeeldingsvlak (Shaw, 1979), (c) 'n kognitiewe herstrukturering plus sosialevaardigheid-opleiding kombinasie (Stravynski, Marks, & Yule, 1982), (d) *in vivo* blootstelling (Scholing & Emmelkamp, 1989; Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser, & Munchau, 1990), en (e) rasioneel-emotiewe gedragsterapie sonder blootstelling (Scholing & Emmelkamp, 1989).

In verskeie studies is onbeduidende verskille in effektiwiteit tussen intervensies waarin een of ander vorm van kognitiewe herstrukturering betrek is en blootstelling alleen gevind. Aangesien dit vir die doel van die huidige ondersoek belangrike studies is, sal dit in 'n ander afdeling deeglik bespreek word. Die belangrikste bevindings van hierdie studies word eers net opsommend bespreek. Daar is nie noemenswaardige verskille in effektiwiteit tussen Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie en blootstelling alleen gevind nie (Hope, Heimberg et al., 1995) en ook nie tussen Beck-Emery kognitiewe gedragsterapie en blootstelling alleen nie (Salaberría & Echeburúa, 1998). Scholing en Emmelkamp

(1993a, 1993b) het geen beduidende verskille in effektiwiteit tussen *in vivo* blootstelling en rasioneel-emosionele gedragsterapie sonder blootstellingsopdragte gevind nie. Die effektiwiteit van die terapie is ook nie verhoog deur die volgorde van aanbeiding nie, met ander woorde, dit het geen verskil gemaak of rasioneel-emosionele gedragsterapie eerste aangebied is (voor blootstelling), ná blootstelling of daarmee gekombineer en as 'n geïntegreerde behandeling aangebied is nie. Taylor et al. (1997) het 'n vorm van kognitiewe herstrukturering ontwikkel waar subtiele blootstelling aan gevreesde sosiale situasies in 'n groot mate uitgeskakel is. Hulle het gevind dat 'n kombinasie van hierdie "gesuiwerde" vorm van kognitiewe herstrukturering in kombinasie met blootstelling alleen, en waar die blootstelling ná die kognitiewe herstrukturering aangebied is, nie 'n meer effektiewe behandeling as blootstelling alleen was nie. 'n Geïntegreerde benadering (Mersch, 1995) bestaande uit rasioneel-emosionele gedragsterapie plus sosialevaardigheid-opleiding plus blootstelling *in vivo* het ook nie beter resultate as slegs blootstelling *in vivo* gelewer nie en die langtermyn-effektiwiteit van die twee tipes behandeling was ook ewe goed. Volgens hierdie studies wil dit dus voorkom asof dit oorbodig mag wees om kognitiewe herstrukturering by blootstelling-gebaseerde behandeling te voeg.

Verskillende metodes is gevolg ten einde die effekgroottes van behandeling te verhoog en om duideliker differensiële behandelingseffekte te demonstreer. 'n Eerste metode was om verskillende strategieë in sogenaamde "behandelingspakette", soos byvoorbeeld groepkognitiewegedragsterapie (Heimberg, 1991), te kombineer. 'n Tweede metode was die afparing van 'n bepaalde tipe terapie met 'n bepaalde sosiaal-fobiese responspatroon. In die meeste gevalle het dit nie die effektiwiteit van die behandeling verhoog nie. Dit het gegeld vir sogenaamde "kognitiewe reageerders" wat rasioneel-emosionele gedragsterapie ontvang het (Jerremalm et al., 1986; Mersch et al., 1989), "fisiologiese reageerders" wat toegepaste ontspanning ontvang het (Jerremalm et al., 1986), en "gedragsreageerders" (sosialevaardigheidstekorte) wat sosialevaardigheid-opleiding ontvang het (Mersch et al., 1989). In hierdie studie is ook gevind dat sosialevaardigheid-opleiding tot beduidende verbeteringe gelei het, nie net wat sosiale vaardighede betref nie, maar ook wat die vermindering van sosiale angs betref. Ietwat meer bemoedigende resultate is verkry in die afparing van "gedrags- en fisiologiese reageerders" met sosialevaardigheid-opleiding en toegepaste ontspanning onderskeidelik in 'n studie deur Öst et al. (1981).

Vervolgens word enkele studies bespreek waar daar wel verskille in effektiwiteit gevind is.

4.3.2.2 Studies waar daar wel verskille in die effektiwiteit van kognitief-gedragsterapeutiese strategieë gevind is

In die bespreking wat volg, dui die onderstaande opskrifte op kognitief-gedragsterapeutiese strategieë wat in bepaalde studies gevind is beter as ander te gevaar het in die behandeling van sosiale fobie.

4.3.2.2.1 Sosialevaardigheid-opleiding

Daar is gevind dat sosialevaardigheid-opleiding meer effektiewe behandeling was as toegepaste ontspanning by 'n subgroep van sosiale fobie met sosialevaardigheidstekorte as 'n baie prominente simptome. Die deelnemers in hierdie subgroep is beskryf as sogenaamde "gedragsreageerders" omdat

versteurde gedrag (gebrekkige sosiale vaardighede) eerder as verhoogde hartklop (fisiologiese opwekking) die mees prominente simptome was (Öst et al., 1981). Trower et al. (1978) het ook sosiaal-onbekwame individue in hulle studie betrek en aangetoon dat sosialevaardigheid-opleiding beter behandelingsresultate gelewer het as sistematiese desensitisasie.

4.3.2.2.2 Toegepaste ontspanning

Toegepaste ontspanning het geblyk meer effektiewe behandeling te wees as sosialevaardigheid-opleiding by 'n bepaalde subgroep met sosiale fobie, naamlik sogenaamde "fisiologiese reageerders" waar verhoogde hartklop, eerder as gebrekkige sosiale vaardighede, die mees prominente simptome was (Öst et al., 1981).

4.3.2.2.3 Selfinstruksie-opleiding en sistematiese rasionele herstrukturering

Daar is in een studie gevind dat selfinstruksie-opleiding meer effektiewe behandeling vir sosiale fobie was as toegepaste ontspanning (Jerremalm et al., 1986). Die selfinstruksie-opleiding in die studie van Jerremalm et al. (1986) is 'n kognitiewe herstruktureringstegniek wat gebaseer is op selfinstruksie-opleiding ontwikkel deur Meichenbaum (1975), terwyl die toegepaste ontspanning die oefening van ontspanning in sosiaal-fobiese situasies behels het. In 'n ander studie het Kanter en Goldfried (1979) 'n aangepaste weergawe van rasioneel-emotiewe gedragsterapie, naamlik sistematiese rasionele herstrukturering, vergelyk met 'n aangepaste vorm van sistematiese desensitisasie, naamlik selfkontrole desensitisasie, asook met 'n kombinasie van die twee. Die selfkontrole desensitisasie benadering is ontwikkel deur Goldfried (1971) waar die klem val op die aanleer van vaardighede om angs in fobiese situasies te leer hanteer, eerder as 'n passiewe dekontisioneringsproses kenmerkend van die klassieke vorm van sistematiese desensitisasie. In teenstelling met wat hulle verwag het, was die kognitiewe intervensie alleen die mees effektiewe behandeling en het dit ook die grootste veralgemening na nie-sosiale situasies getoon.

4.3.2.2.4 Blootstelling alleen

In drie studies is aangetoon dat blootstelling alleen die beste resultate gelewer het. Wlazlo et al. (1990) het gevind dat blootstelling alleen tot beduidend groter verbetering as sosialevaardigheid-opleiding by 'n sosiaal-fobiese groep met gebrekkige sosiale vaardighede gelei het. Dit is vanselfsprekend 'n onverwagte bevinding. Alström et al. (1984) het in 'n vergelyking van blootstelling alleen met tradisionele ontspanningsopleiding die superioriteit van eersgenoemde in die behandeling van sosiale fobie gedemonstreer. Blootstelling alleen het ook beter uitkomstresultate gelewer as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling aangebied in 'n groepkognitiewegedragsterapie program (Hope, Heimberg et al., 1995). Laasgenoemde studie sal later in meer besonderhede bespreek word. Alhoewel besluit is om nie studies met 'n enkelgeval-ontwerp in hierdie afdeling van die oorsig te betrek nie, kan genoem word dat Biran et al. (1981) in 'n studie met so 'n ontwerp waarin vyf vroulike deelnemers behandel is, gevind het dat *in vivo* blootstelling alleen beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling gevaar het wat

vermindering van vermydingsgedrag van 'n teikenfobie (skriptofobie: vrees om in die openbaar te skryf) betref. Hierdie studie sal ook in 'n ander afdeling verder bespreek word.

4.3.2.2.5 'n Kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling

In 'n aantal studies is gevind dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter resultate gelewer het in die behandeling van sosiale fobie as blootstelling alleen (Butler et al., 1984; Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988), en kognitiewe herstrukturering alleen (Mattick et al., 1989). Die superieure resultate van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling in vergelyking met blootstelling in die studie van Mattick et al. (1989) is nie by natoetsing nie, maar wel tydens opvolgtoetsing gevind. In die Butler et al. studie is blootstelling vergelyk met blootstelling plus angshanteringsopleiding (waarvan die kognitiewe intervensie dalk die belangrikste komponent gevorm het).

4.3.2.3 Samevatting

Dit blyk duidelik uit die voorafgaande bespreking dat daar nie 'n enkele kognitief-gedragsterapeutiese behandeling is wat konsekwent getoon het die beste behandeling vir sosiale fobie te wees nie. In sommige studies is byvoorbeeld gevind dat blootstelling alleen beter resultate gelewer het as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, en in ander weer dat laasgenoemde die superieure behandeling was. Sulke oënskynlik teenstrydige resultate mag dalk 'n refleksie wees van die feit dat daar oor die algemeen nie werklike groot verskille is tussen die verskillende benaderings wat hul effektiwiteit betref nie. Daar is natuurlik ook verskillende bronne van sogenaamde "fout"-variëansie wat tot hierdie bevindings sou kon bydra en dit sal in Afdeling 4.9 bespreek word.

4.3.3 Medikasie en sielkundige behandeling

Feitlik geen navorsing is gedoen waarin 'n kombinasie van medikasie en psigoterapie in die behandeling van sosiale fobie met die effekte van elkeen afsonderlik vergelyk is nie. Falloon, Lloyd en Harpin (1981) het sosialevaardigheid-opleiding plus die beta-blokkeerder propranolol (Inderal) vergelyk met sosialevaardigheid-opleiding plus 'n plasebo. Die deelnemers het oor die algemeen verbeter, met geen beduidende verskille tussen die groepe nie.

Turner, Beidel en Jacob (1994) het gevind dat sosiaal-fobiese deelnemers wat met intense blootstelling ("flooding") behandel is, beter op gedragsmetings en saamgestelde indekse gevaar het (na behandeling en tydens opvolg) as dié wat met die beta-blokkeerder atenolol behandel is.

Gelernter et al. (1991) het Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie vergelyk met fenelsien, alprazolam, en 'n pilplasebo. Alle deelnemers het ook aanmoediging vir self-blootstelling ontvang. Na 12 weke van aktiewe behandeling het 'n 2-maande-opvolgperiode gevolg. Oor die algemeen het alle deelnemers verbeter met min verskille tussen die groepe aan die einde van behandeling. Daar was aanduidings dat alprazolam-deelnemers geneig was tot terugval sodra die medikasie gestaak is. Fenelsien-deelnemers het die hoogste responskoers getoon en was geneig om die terapeutiese effekte

te behou sonder medikasie. Waar deelnemers wat groep kognitief-gedragsterapeutiese ontvang het aanvanklik minder verbetering getoon het, was daar tekens van voortgesette verbetering gedurende die opvolgperiode. Die swakker as verwagte reaksie van die groep kognitief-gedragsterapeutiese intervensie sou toegeskryf kon word aan die feit dat die deelnemers behandel is in groter groepe vir korter sessies (10 per groep, 90-min sessies) as wat gewoonlik by dié benadering gebruik word (6-7 per groep, 2-uursessies). Die skrywers het die verbetering in die plasebo-groep toegeskryf aan die deelnemers se blootstelling waarvan hulself die tempo bepaal het.

Data is ook beskikbaar van 'n multisentrum-studie deur Heimberg en Liebowitz (1992) waarin fenelsien, groepkognitiewegedragsterapie, 'n pilplasebo en aandag-kontrolebehandeling vergelyk is. Van die 70 deelnemers wat aktiewe behandeling vir 12 weke ontvang het, is 80% van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het en 71% fenelsien-deelnemers as positiewe respondeerders geklassifiseer. Hierdie responskoerse is beduidend hoër as vir diegene wat die pilplasebo (37%) of die aandag-kontrolebehandeling (27%) ontvang het, maar het nie beduidend van mekaar verskil nie.

Op grond van die voorafgaande bespreking blyk dat sosiale fobie effektief farmakologies behandel kan word en dat dit veral anti-depressiewe medikasie is wat die belowendste resultate gelewer het. Dit is nog onduidelik of daar beduidende terugvalle is na staking van medikasie, maar daar is wel in 'n paar studies gevind dat terugvalle by kognitief-gedragsterapeutiese behandelings minder is, en dat daar by laasgenoemde selfs die tendens is van voortgesette verbetering na behandeling (Gelernter et al., 1991).

Standpunte van prominente leiers op die gebied van uitkomsnavorsing by sosiale fobie oor die differensiële effektiwiteit van verskillende kognitief-gedragsterapeutiese strategieë word vervolgens bespreek.

4.4 STANDPUNTE OOR DIE DIFFERENSIËLE EFFEKTIWITEIT VAN KOGNITIEF-GEDRAGSTERAPEUTIESE STRATEGIEË

4.4.1. Turner, Cooley-Quille et al. (1996) se standpunt dat die effektiwiteit van die gewildste kognitief-gedragsterapeutiese strategieë nie beduidend van mekaar verskil nie

Na 'n oorsig van 13 uitkomsstudies waarin ongeveer 650 deelnemers met sosiale fobie betrek is, kom Turner, Cooley-Quille et al. (1996) tot die gevolgtrekking dat die verskille tussen die effekte van die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelingsprosedures onbeduidend is. Volgens hulle hang behandelingseffek minder af van prosedure-variasies as van ander kritieke elemente, soos byvoorbeeld die lengte en frekwensie van die behandelingssessies en blootstelling aan die kritieke elemente van die vrees. Hulle baseer hul standpunt onder andere op navorsing wat daarop dui dat tradisionele gedragsmetodes tot kognitiewe veranderinge kan lei (Mattick et al., 1989; Mersch et al. 1989; Newman et al., 1994), op studies waarin daar nie verskille in resultate tussen verskillende kombinasies van blootstelling en kognitiewe herstrukturering gevind is nie (Scholing & Emmelkamp, 1989, 1993a, 1993b) en op meta-analitiese studies (Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996) waaruit dit wil voorkom asof die byvoeging van kognitiewe herstrukturering by blootstelling nie laasgenoemde se effektiwiteit verhoog nie.

In 'n oorsig deur Turner, Cooley-Quille et al. (1996) van agt studies waarin kognitiewe herstrukturering met blootstelling alleen vergelyk is, was daar slegs een studie (Mattick & Peters, 1988) waarin 'n bydraende effek van die kognitiewe komponent gevind is. Hulle noem verder dat die metode van data-analise wat Mattick en Peters (1988) gevolg het die interpretasie van die bevindings ietwat bemoeilik het. Turner (Turner, Beidel, & Cooley, 1994; Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994; Turner, Beidel et al. 1996) is egter wel van mening dat sosialevaardigheid-opleiding by veralgemeende sosiale fobie 'n bydraende terapeutiese effek tot blootstelling het.

4.4.2 Standpunte dat die kombinasie kognitiewe herstrukturering plus blootstelling wel beter as blootstelling alleen behoort te vaar

Standpunte dat disfunksionele gedagtepatrone 'n sentrale rol in die ontwikkeling en instandhouding van sosiale angs speel (Beck et al., 1985; Butler, 1989; Emmelkamp, 1982), het daartoe bygedra dat kognitiewe benaderings in die behandeling van sosiale fobie baie aandag gekry het. Die groterwordende hoeveelheid selfgerapporteerde en eksperimentele data is getuigenis van die mate waarin sosiale fobie geassosieer word met kognitiewe psigopatologie (sien oorsig deur Chambless & Hope, 1996), en baie navorsers is van mening dat die disfunksionele kennisies van individue met sosiale fobie moet verander vir terapie om suksesvol te wees (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990). Daar is argumente dat behandelings waarin kognitiewe intervensies betrek word, beter behoort te vaar as blootstelling alleen omdat eersgenoemde spesifiek daarop gerig is om disfunksionele kennisies direk en sistematies te wysig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). Daar is ook die standpunt dat sosiale situasies selde so beheer kan word dat optimale omstandighede vir blootstelling geskep kan word (Heimberg, Dodge et al., 1990). Dit sou moeilik wees om 'n persoon geleidelik, herhaaldelik en langdurig bloot te stel aan sommige idiosinkratiese sosiale situasies wat gevrees word, soos byvoorbeeld om hare te laat sny.

Hope et al. (1993) noem na 'n oorsig van uitkomsstudies dat daar aanduidings van die superieure behandelingseffektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling is omdat deelnemers wat blootstelling alleen ontvang het, tekens getoon het van terugval gedurende die opvolgperiode in een studie (Mattick et al., 1989), en omdat twee van die drie sogenaamde "kognitiewe herstrukturering alleen" behandelings wel 'n blootstellingskomponent ook ingesluit het. Die twee behandelings waarna verwys word is gerapporteer in die studies van Kanter en Goldfried (1979) en Jerremalm et al. (1986).

Om groter duidelikheid oor die differensiële effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering, blootstelling alleen en kognitiewe herstrukturering plus blootstelling te kry, word enkele studies vervolgens in meer besonderhede bespreek.

4.5 'N BESPREKING VAN UITKOMSSTUDIES WAAR DIE DIFFERENSIËLE EFFEKTIVITEIT VAN KOGNITIEWE HERSTRUKTURERING, BLOOTSTELLING ALLEEN EN KOGNITIEWE HERSTRUKTURERING PLUS BLOOTSTELLING ONDERSOEK IS

4.5.1 Biran et al. (1981)

Hierdie studie was 'n enkelgeval-ontwerp. Biran et al. (1981) het drie vroue met skriptofobie (vrees om in die openbaar te skryf) behandel. Twee van die deelnemers het vyf sessies van kognitiewe herstrukturering ontvang, gevolg deur vyf sessies *in vivo* blootstelling. Die derde deelnemer het *in vivo* blootstelling ontvang. Die kognitiewe herstrukturering het bestaan uit 'n kombinasie van rasioneel-emotiewe gedragsterapie (Ellis, 1970) en 'n aangepaste weergawe van rasioneel-emotiewe gedragsterapie, naamlik sistematiese rasionele herstrukturering, soos beskryf deur Goldfried (1979). Uit die Biran et al.-studie het dit geblyk dat *in vivo* blootstelling baie effektief was in die wysiging van vermydingsgedrag en dat dit in hierdie opsig beter resultate gelever het as kognitiewe herstrukturering. Dit het geen verskil gemaak of *in vivo* blootstelling na kognitiewe herstrukturering aangebied was en of dit die enigste behandelingsmetode was nie. Die studie is gekritiseer dat dit nie 'n ware toets van die gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling strategie is nie aangesien kognitiewe herstrukturering en blootstelling opeenvolgend aangebied is en nie as 'n geïntegreerde behandeling nie (Heimberg et al., 1987).

4.5.2 Butler et al. (1984)

Butler et al. (1984) het gevind dat 'n kombinasie van blootstelling plus angshanteringsopleiding (i.e., afleiding, ontspanning, en rasionele selfspraak) beter resultate gelever het as blootstelling plus aandag-kontrolebehandeling alleen. Alhoewel die angshanteringsopleiding slegs gedeeltelik 'n kognitiewe intervensie was, was daar aanduidings dat kognitiewe herstrukturering (opleiding in rasionele selfspraak) dalk die belangrikste komponent van angshanteringsopleiding was. Selfs al was dit ook die geval, is hierdie studie nogtans 'n swak toets van die hipotese dat 'n kognitiewe herstrukturering plus blootstelling kombinasie beter is as blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie omdat angshanteringsopleiding uit meer behandelingskomponente as slegs 'n kombinasie van blootstelling en kognitiewe herstrukturering bestaan het.

4.5.3 Mattick en kollegas (Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988).

Die navorsing deur Mattick en sy kollegas ondersteun die standpunt dat 'n kognitiewe herstrukturering plus blootstelling kombinasie beter is as enige een van die twee komponente op sy eie. In die 1989-gepubliseerde studie (wat eintlik voor die 1988-studie gedoen is), was die meeste deelnemers van die veralgemeende tipe sosiale fobie en is die superioriteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling slegs tydens opvolg waargeneem. In die 1988-studie is die superioriteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling tydens natoetsing gedemonstreer. Wat in gedagte gehou moet word, is die feit dat deelnemers in hierdie studie behandel is vir baie spesifieke vrese, soos om in die openbaar te eet, te

skryf of te drink, eerder as vir meer algemene interaksionele vrese. Dit wil voorkom asof baie van die deelnemers meer veralgemeende vrese gehad het, maar dat dit nie die teken in terapie was nie.

4.5.4 Scholing en Emmelkamp (1989, 1993a, 1993b)

In hulle 1989-studie het Scholing en Emmelkamp die effektiwiteit van drie verskillende behandelings, naamlik *in vivo* blootstelling, kognitiewe herstrukturering (i.e., rasioneel-emotiewe gedragsterapie sonder blootstellingsopdragte) en assertiwiteitsopleiding vergelyk. Dit is aangebied in veranderende volgorde, in blokke van 6 een-uur-sessies elk. Oor die algemeen het die resultate daarop gedui dat die deelnemers verbeter het ongeag die tipe behandeling wat hul ontvang het, aanduidend van 'n tydseffek eerder as 'n behandelingseffek. Scholing en Emmelkamp het ook verskillende kombinasies van blootstelling en kognitiewe herstrukturering (ook rasioneel-emotiewe gedragsterapie sonder enige blootstellingsopdragte) in twee verdere studies met mekaar vergelyk. In die 1993a-studie is deelnemers betrek waar vrees vir die wys van liggaamlike simptome (i.e., bloos, sweet of bewe) die vernaamste klagte was. Hulle beskryf die deelnemers as verteenwoordigend van die meer spesifieke tipe sosiale fobie. Hulle het in hierdie studie blootstelling, kognitiewe herstrukturering en 'n geïntegreerde kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling na 'n 4-weke-behandelingsblok vergelyk. 'n Tweede ondersoek het hierna gevolg waarin hulle, weer eens na 'n 4-weke-behandelingsperiode, die volgende drie kondisies vergelyk het: (a) blootstelling gevolg deur kognitiewe herstrukturering, (b) kognitiewe herstrukturering gevolg deur blootstelling, en (c) 'n geïntegreerde kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling. In die 1993b-studie het hul deelnemers met 'n veralgemeende tipe sosiale fobie betrek en na 'n eerste 4-weke blok blootstelling, kognitiewe herstrukturering en 'n geïntegreerde benadering vergelyk, en na 'n tweede 4-weke blok die volgende drie kondisies: (a) twee blokke van blootstelling, (b) kognitiewe herstrukturering gevolg deur blootstelling, en (c) twee blokke van die geïntegreerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling benadering. Hulle het in laasgenoemde studie ook individuele terapie met behandeling in groepe vergelyk.

Die vernaamste bevindings op grond van die 1993a- en 1993b-studies van Scholing en Emmelkamp was dat daar nie betekenisvolle verskille in die resultate tussen die behandelingskondisies na behandeling en tydens opvolg was nie en dat die prosedure van aanbidding (rasioneel-emotiewe gedragsterapie gevolg deur blootstelling versus blootstelling gevolg deur rasioneel-emotiewe gedragsterapie versus die geïntegreerde rasioneel-emotiewe gedragsterapie plus blootstelling benadering) ook geen verskil gemaak het nie. 'n Verrassende bevinding in die 1993b-studie was dat die geïntegreerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling benadering effens swakker resultate gelewer het as 'n opeenvolgende aanbidding van die twee komponente, veral by opvolgmeting. Daar is ook nie verskille gevind tussen individuele terapie en behandeling in groepformaat nie.

Die studies van Scholing en Emmelkamp kan op die volgende gronde gekritiseer word. Een probleem is dat Scholing en Emmelkamp sommige behandelingskondisies met mekaar vergelyk het na behandeling van slegs 4 weke (agt 1-uursessies). Nog 'n probleem is dat daar van twintig verskillende terapeute (studente in kliniese sielkunde) gebruik gemaak is. 'n Laaste probleem hou verband met die steekproef van die 1993a-studie. Dit was deelnemers by wie die waarneembaarheid van liggaamlike simptome die

vernaamste klagte was. Dit is dus nie duidelik of hulle geklassifiseer moet word as spesifieke sosiale fobie, soos in die studies van Mattick en sy kollegas (Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988) en Biran et al. (1981) nie, en of hulle as effens minder spesifiek, maar tog ook nie as veralgemeenend nie, beskou moet word nie.

4.5.5 Hope, Heimberg et al. (1995)

Wat uit die bespreking van die voorafgaande studies blyk, is dat die superioriteit van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behandeling vir meer veralgemeende vrese by sosiale fobie tot op daardie stadium nog nie bevredigend gedemonstreer is nie. Hope, Heimberg et al. (1995) het ten doel gehad om deur middel van "ontrafeling" van groepkognitiewegegedragsterapie (wat essensieel kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behels) die hipotese te ondersoek dat individue met sosiale fobie wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het, groter verbetering sou toon wat betref hul vrees- en vermydingsgedrag as 'n groep wat hoofsaaklik blootstelling alleen ontvang het. Omdat dit 'n ontrafelingstudie is, wou hulle die hoeveelheid tyd spandeer aan blootstelling in die twee aktiewe behandelings naasteenby ewe veel hou, en daarom het hul naas blootstelling in die blootstelling alleen behandeling ook 'n onaktiewe tydsvuller, naamlik aandag-kontrole-terapie, gebruik om die tyd spandeer aan kognitiewe herstrukturering in die groepkognitiewegegedragsterapie program te vervang.

Tweedens het hulle ook gehipotetiseer dat die groepe wat die aktiewe behandelings ontvang het, beter sou vaar as 'n waglys-kontrolegroep. 'n Derde hipotese was dat die deelnemers wat groepkognitiewegegedragsterapie ontvang het ook groter verbetering sou toon as die ander twee groepe (i.e., groep wat blootstelling alleen ontvang het en waglys-kontrolegroep) wat betref die kognitiewe aspekte van sosiale fobie. Hulle het van die standpunt uitgegaan dat aangesien kognitiewe herstrukturering se spesifieke fokus die wysiging van kognitiewe veranderlikes soos disfunksionele selfstellings is, dit bloot logies is om te verwag dat groepkognitiewegegedragsterapie 'n groter effek op die kognitiewe metings sou hê as 'n intervensie soos blootstelling alleen. In minstens twee studies, waarin ander behandelings as groepkognitiewegegedragsterapie gebruik is, is steun vir laasgenoemde hipotese gevind. Emmelkamp et al. (1985) het gevind dat deelnemers wat rasioneel-emosionele gedragsterapie of selfinstruksie-opleiding ontvang het, minder irrasionele oortuigings na behandeling gerapporteer het as deelnemers wat blootstelling alleen ontvang het. In die studie deur Mattick et al. (1989) het beide kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en kognitiewe herstrukturering alleen tot 'n vermindering van irrasionele denke gelei, terwyl deelnemers wat blootstelling alleen ontvang het, nie op hierdie veranderlike verbeter het nie.

Twintig vroue en 20 mans tussen 18 en 59 jaar met 'n diagnose van sosiale fobie is op 'n toevallige wyse toegewys aan een van drie behandelingskondisies, naamlik kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, blootstelling alleen en waglyskontrole, en 33 van hulle het die behandeling of wagtydperk voltooi. Ongeveer die helfte van die deelnemers in elke groep het aan veralgemeende vrese, soortgelyk aan die veralgemeende sub tipe beskryf deur Heimberg, Holt et al., (1993), gely. Die afhanklike veranderlikes is verdeel in vier groepe, naamlik (a) sosialefobie-veranderlikes (angs en vermyding), (b) kognitiewe veranderlikes, (c) gedragsveranderlikes (subjektiewe angs en gedrag tydens 'n blootstellingstoets), en (d)

veranderlikes wat verband hou met angs en inmenging met rolfunksionering en wat berus op 'n klinikusbeoordeling (en wat gebruik is om die deelnemers tussen reageerders en nie-reageerders te verdeel). Voor-, na- en 6-maande-opvolgmetings is gedoen.

Daar is steun gevind vir die eerste hipotese, naamlik dat die deelnemers in die twee aktiewe behandelingsgroepe (kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen) sou verbeter wat angs en vernydning betref, maar nie dié in die waglys-kontrolegroep nie. Die tweede hipotese, dat deelnemers in die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het meer sou verbeter as deelnemers in die groep wat blootstelling alleen ontvang het, is nie gesteun deur die data nie. Die groep wat blootstelling alleen ontvang het, het op 'n breër basis verbeter as die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het en die deelnemers in die groep wat blootstelling alleen ontvang het se kans om as 'n reageerder geklassifiseer te word (responskoers: 7 uit 10, d.w.s. 70%), was twee maal dié van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het (4 uit 11, d.w.s. 36,4%). Subjektiewe angs tydens die gedragstoets (SUDS beoordelings) was die enigste meting waar die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het beter as die groep wat blootstelling alleen ontvang het, gevaar het. Die groep wat blootstelling alleen ontvang het, het nie voor-tot na-behandelingsverbetering op dié meting getoon nie, maar wel in die tydperk daarna, want tydens 6-maande-opvolg was daar nie meer 'n verskil tussen die twee groepe wat subjektiewe angs betref nie. Oor die algemeen was daar ook feitlik geen verskille meer tussen die twee groepe by opvolgmeting nie. Die derde hipotese, dat deelnemers in die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het meer op die kognitiewe metings sou verbeter as die deelnemers in die groep wat blootstelling alleen ontvang het, is ook nie gesteun nie. Daar was nie groot verskille tussen die twee groepe nie; daar was eerder aanduidings dat die groep wat blootstelling alleen ontvang het selfs effens beter as die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het kon gevaar het.

'n Uitstaande kenmerk van hierdie studie was hoe swak die verbetering in die groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het was in vergelyking met byvoorbeeld die 1990-studie (Heimberg, Dodge et al., 1990). Blootstelling alleen het in die Hope, Heimberg et al. (1995) studie tot kliniese beduidende verbetering by meer as die helfte van die deelnemers in daardie groep (blootstelling alleen) gelei. Hope et al. het gewaarsku dat die kognitiewe komponent van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling nie op grond van hul resultate sondermeer as oorbodig beskou moes word nie. Dit was egter ook duidelik dat 'n mate van kognitiewe verandering plaasgevind het in die groep wat blootstelling alleen ontvang het. Volgens die skrywers mag die ervaringsleer wat met die blootstelling gepaard gaan baie inligtingsbewyse verskaf as teenvoeter vir disfunksionele oortuigings sonder direkte kognitiewe intervensie. Hulle gaan verder en noem dat die sukseservarings tydens blootstelling voldoende mag wees om prosessering van skema-onverenigbare informasie (bv. in beheer voel tydens 'n blootstellingservaring) af te dwing wat deur sommige (Beck et al., 1985; Foa & Kozak, 1986) as essensieel vir die verandering van disfunksionele informasieprosessering beskou word.

Hope, Heimberg et al. (1995) noem verskeie beperkings van hulle studie. Eerstens was die steekproewe van die verskillende groepe taamlik klein en die mislukking om meer verskille tussen die kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen behandelings te vind, kan volgens hulle dalk

toegeskryf word aan onvoldoende statistiese krag. Tweedens was die groot aantal metings en die baie statistiese toetse uit 'n statistiese oogpunt vir hulle 'n bron van kommer. Derdens was daar vir 'n bepaalde subgroep deelnemers slegs beperkte data beskikbaar by opvolg na 6 maande, wat gevolgtrekkings oor moontlike differensiële instandhouding van terapeutiese winste tussen die aktiewe behandelingskondisies bemoeilik het. Volgens die beskikbare data was daar egter nie noemenswaardige aanduidings van differensiële instandhouding van terapie-winste nie. 'n Laaste beperking hou verband met die swak resultate wat met groepkognitiewegedragsterapie behaal is en waarna reeds verwys is. Die skrywers spekuleer dat ontwrigting van die groepkognitiewegedragsterapie groepe as gevolg van buitengewoon hoë attrisie dalk die swakker resultate sou kon verklaar.

As al hierdie beperkings in gedagte gehou word, is dit duidelik dat die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) nie 'n goed genoeg toets van die gestelde hipoteses was nie. Die huidige studie was al reeds aan die gang toe die Hope et al.-studie gepubliseer is. Dit is dus nie onderneem as 'n direkte uitvloeisel van die problematiek in die Hope et al.-studie nie, maar dit onderstreep nogtans die waarde van die huidige ondersoek.

4.5.6 Die studie van Taylor et al. (1997)

In sommige van die studies wat tot dusver bespreek is, is 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling vergelyk met blootstelling alleen (bv. Hope, Heimberg et al., 1995). In studies soos dié van Scholing en Emmelkamp (1989, 1993a, 1993b) is aktiewe blootstellingsopdragte "verwyder" uit 'n bepaalde kognitiewe benadering (rasioneel-emosionele gedragsterapie) en dan is die meer "suiwer" kognitiewe intervensie (i.e., kognitiewe herstrukturering alleen) met blootstelling alleen, asook met verskillende kombinasies van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, vergelyk. 'n Derde metode van vergelyking was gebaseer op 'n standpunt dat daar selfs in die sogenaamde "suiwer" kognitiewe herstrukturering-intervensie wel tog nog sprake is van blootstelling waarvoor daar (op 'n meer mikro-vlak) gekontroleer behoort te word (Taylor et al., 1997). Kognitiewe herstrukturering vereis dat die persoon oor sosiale gebeure moet dink en dit met die terapeut moet bespreek en dit beteken dus 'n mate van blootstelling aan die sosiale gebeure. Om hiervoor te kontroleer is 'n kontrole-intervensie bekend as assosiatiewe terapie (Butler et al., 1984) ontwikkel waarmee kognitiewe herstrukturering vergelyk kon word. Tydens assosiatiewe terapie word die persoon gevra om vry te assosieer oor gedagtes en herinneringe aan sosiale gebeure. Assosiatiewe terapie bevat 'n soortgelyke hoeveelheid blootstelling as wat inherent aan kognitiewe herstrukturering is. Taylor et al. (1997) het van hierdie metodiek gebruik gemaak en gevind dat die baie "suiwer" vorm van kognitiewe herstrukturering (waar daar vir subtiele blootstellingseffekte gekontroleer is) nie tot 'n verhoging van die effektiwiteit van blootstelling (daarna aangebied) bygedra het nie.

4.5.7 Samevatting

Wat die differensiële effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering, blootstelling alleen en kognitiewe herstrukturering plus blootstelling betref, wil dit voorkom asof dit oorbodig mag wees om kognitiewe intervensies by blootstellingsgebaseerde behandeling te voeg, selfs om kognitiewe veranderlikes te

probeer wysig, maar dit is nie oortuigend genoeg gedemonstreer nie. Daar is ook baie goed gekontroleerde studies bespreek (bv. Mattick et al., 1989; Mattick & Peters, 1988) wat dui op die superieure waarde van die gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling benadering. Meta-analises het ook 'n bydrae te maak om lig te probeer werp op die vraag of die effektiwiteit van die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelings, en spesifiek kognitiewe herstrukturering plus blootstelling versus blootstelling alleen, beduidend van mekaar verskil. Dit word vervolgens bespreek.

4.6 META-ANALITIESE STUDIES VAN UITKOMSNAVORSING OOR DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE

In die literatuur is daar verskeie narratiewe oorsigstudies gedoen oor die effektiwiteit van kognitief-gedragsterapeutiese behandelings van sosiale fobie (bv. Agras, 1990; Chambless & Gillis, 1993; Chambless & Hope, 1996; Donohue, van Hasselt, & Hersen, 1994; Heimberg, 1989; Heimberg & Juster, 1995; Hope et al., 1993; Turner, Cooley-Quille et al., 1996). In hierdie tipe oorsigstudies word die verhoudings tussen die verskillende behandelingstrategieë en behandelingsuitkomste egter nie gekwantifiseer nie. Dit is wel in 'n ondersoek deur Taylor (1996) gedoen waarin hy 'n meta-analise op die resultate van 24 studies (42 behandelingseksperimente) uitgevoer het. Hy het drie vrae in hierdie studie geadresseer: (a) Is hierdie behandelings, naamlik blootstelling alleen, kognitiewe herstrukturering, kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en sosialevaardigheid-opleiding effektief relatief tot die waglys-kontrole- en aandag-kontrolekondisies? (b) Hou dit enige voordeel in om kognitiewe herstrukturering by blootstelling te voeg? (c) Word terapeutiese winste volgehou tydens opvolg?

Wat die eerste vraag betref, is gevind dat al die aktiewe behandelings (blootstelling alleen, kognitiewe herstrukturering, kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, en sosialevaardigheid-opleiding) effektief was relatief tot die waglys-kontrolekondisie. Tweedens het slegs kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n statisties beduidend groter effekgrootte gedemonstreer as 'n aandag-kontrolekondisie. Die effekgrootte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling het nie beduidend verskil van dié van blootstelling alleen nie, alhoewel daar 'n neiging by eersgenoemde waargeneem is om die grootste effekte te hê. Volgens hierdie meta-analise wil dit dus voorkom asof dit dalk waarde mag hê om kognitiewe herstrukturering by blootstelling te voeg. Derdens is gevind dat effekgroottes geneig was om toe te neem vanaf die einde van behandeling tot by die opvolgmeting, wat in die meeste gevalle 3 maande later was.

Feske en Chambless (1995) het in hul vergelykende meta-analitiese ondersoek oor die behandeling van sosiale fobie 12 studies waarin kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en 9 studies waarin blootstelling alleen gebruik is, betrek. In die 12 studies waarin kognitiewe herstrukturering plus blootstelling gebruik is, is 'n verskeidenheid kognitiewe herstruktureringsprosedures gebruik, insluitende rasioneel-emotiewe gedragsterapie, selfinstruksie-opleiding en groepkognitiewegedragsterapie. In die helfte van die studies is groepkognitiewegedragsterapie gebruik (Chambless, Glass, & Tran, 1993; Gelernter et al., 1991; Heimberg, Becker et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, 1989; Hope, Herbert et al., 1995). In die ander studies is blootstelling gekombineer met rasioneel-emotiewe gedragsterapie (Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b),

selfinstruksie-opleiding (Jerremalm et al., 1986) en 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering-tegnieke, toegepaste ontspanning en 'n pilplasebo (Clark & Agras, 1991). In vyf van die nege studies waar blootstelling alleen ondersoek is, is gesimuleerde of *in vivo* blootstelling alleen (ge oefen gedurende die sessie) gekombineer met huiswerkopdragte vir selfgereëde blootstelling alleen (Alden, 1989; Hope, 1989; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Newman et al., 1994). In drie studies het die deelnemers slegs huiswerkopdragte vir selfgereëde blootstelling alleen ontvang (Butler et al., 1984; Gelernter et al., 1991; Scholing & Emmelkamp, 1993a), en in een studie het die helfte van die deelnemers slegs blootstellingsopdragte ontvang, terwyl die ander helfte saam met die opdragte ook terapeut-ondersteunde blootstelling ontvang het (Scholing & Emmelkamp, 1993b). Die blootstellingskondisie in die studie van Gelernter et al. was ietwat ongewoon omdat die sessies slegs 15 tot 30 minute geduur het en die deelnemers 'n pilplasebo saam met blootstellingsinstruksies ontvang het.

Om vergelykings tussen kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen moontlik te maak, het Feske en Chambless (1995) effekgroottes vir die twee behandelingsprosedures bereken. Die resultate van die meta-analise dui daarop dat blootstelling met en sonder kognitiewe herstrukturering ewe effektief was in die behandeling van sosiale fobie. In geeneen van die statistiese vergelykings was die effekgroottes van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling groter as dié vir blootstelling alleen nie. Die twee vorme van behandeling het baie eenderse voor-na- en voor-opvolg-effekte gelever wat betref die selfrapporteringsmetings van sosiale fobie, kognitiewe simptome en 'n depressiewe en/of angstige gemoed. Die twee behandelingsmodaliteite het ook nie verkil wat attrisie betref nie. Hierdie bevindings is volgens Feske en Chambless (1995) teleurstellend gesien in die lig van die entoesiasme wat daar oor kognitiewe herstrukturering plus blootstelling bestaan. Navorsers het veral gehoop dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling tot groter verbetering in kognitiewe distorsies geassosieer met sosiale fobie sou lei en dat dit ook tot meer veralgemeende en voortgesette behandelingseffekte as blootstelling alleen sou lei.

Die belangrikheid van kognitiewe verandering as 'n voorspeller van uitkoms word onderstreep deur die bevindings van Bruch, Heimberg, en Hope (1991) dat deelnemers wat meer verbeter het in terme van disfunksionele denkpatrone, ook meer geneig was om te voldoen aan die kriteria vir verbetering tydens opvolg. Ten spyte hiervan is daar op grond van ses vergelykende ondersoeke wat Feske en Chambless (1995) in hul meta-analise betrek het, gevind dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen tot ekwivalente kognitiewe verandering gelei het (Gelernter et al., 1991; Hope, 1989; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b). Selfs wanneer die uitkoms van 'n groter aantal studies vergelyk is, het Feske en Chambless geen aanduidings gevind van die superioriteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling bo blootstelling op metings van kognitiewe simptome nie. Hierdie bevindings sluit aan by die groterwordende bron van literatuur wat daarop dui dat kognitiewe verandering by individue met sosiale fobie bewerkstellig kan word met blootstelling alleen, en dat huidige intervensies wat direk fokus op kognitiewe herstrukturering nie tot 'n groter verbetering in kognitiewe veranderlikes of in metings van sosiale fobie aanleiding gee nie.

In 'n verdere stel analyses het Feske en Chambless (1995) ook gevind dat Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie nie beter as blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie

gevaar het nie. Feske en Chambless is van mening dat die afwesigheid van verskille tussen die effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen nie noodwendig beteken dat 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling nie oor die potensiaal beskik om beter as blootstelling alleen te vaar nie. Hulle noem verskeie faktore wat dalk die krag en effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling kon verswak het, byvoorbeeld relatief lae terapie-integriteit wat met gebrekkige terapeut-bevoegdheid en -opleiding verband mag hou en minder individuele aandag aan veral kognitiewe herstrukturering tydens groepterapie. Skattings (in die studies wat in die meta-analise betrek is) van 'n betekenisvolle hoë vlak van eindstaatsfunksionering wat dui op klinies beduidende verandering, het gewissel vanaf 22% tot 95% van die behandelde deelnemers vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en vanaf 20% tot 57% vir blootstelling alleen. 'n Verbetering in klinies betekenisvolle verandering is dus potensieel moontlik en, soos in afdeling 4.9.9 verduidelik sal word, kon 'n plafon-effek nie vir die gebrek aan differensiële effekte verantwoordelik gewees het nie.

4.7 HOU 'N KOGNITIEWE BENADERING TOT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE NOG ENIGE VOORDELE IN?

Daar is in Afdeling 4.4 verwys na die standpunt van Turner, Cooley-Quille et al. (1996) dat die verskille tussen die effekte van die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelings onbeduidend is en dat behandelingseffektiwiteit eerder afhang van ander kritieke elemente, soos byvoorbeeld die lengte en frekwensie van die behandelingssessies en blootstelling aan die kritieke elemente van die vrees. Turner en sy medewerkers (Turner, Beidel, & Cooley, 1994; Turner, Beidel, Cooley, et al., 1994) het 'n nuwe, omvattende (multikomponent-) behandelingstrategie ontwikkel wat hulle "Social Effectiveness Therapy" (sosiale-effektiwiteitsterapie) noem. Dit is ontwerp om verskeie aspekte van die sosiale fobie-sindroom te wysig, insluitende vermindering van sosiale angs en vrees, eliminerings van vermydingsgedrag, verbetering van interpersoonlike vaardighede, vermeerdering van aangename sosiale ervarings en verbetering van selfkonsep. Die behandeling bestaan uit vier verbandhoudende komponente: opvoeding, sosialevaardigheid-opleiding, blootstelling in vivo en/of op verbeeldingsvlak en geprogrammeerde oefening. In 'n loodsstudie om die effektiwiteit van sosiale-effektiwiteitsterapie te bepaal, is 14 van 17 deelnemers (3 uitvalle) met ernstige (veralgemeende) sosiale fobie oor die verloop van 16 weke individueel en in klein groepies van 3 tot 4 deelnemers elk behandel, met kontaktyd tussen pasiënt en terapeut van 40 uur per pasiënt.

Die aanvanklike resultate dui daarop dat sosiale-effektiwiteitsterapie baie belowend lyk as behandeling vir die meer ernstige en langdurige vorms van sosiale fobie. Beduidende verbetering het op 'n hele aantal dimensies van sosiale fobie en dus op 'n breë basis geskied. Wat belangrik is, is die feit dat 84% van die deelnemers wat die behandeling voltooi het, matige tot hoë eindstaat-funksionering vertoon het. Dit kontrasteer skerp met die 33% matige tot hoë eindstaat-funksionering wat met intense blootstelling alleen by dieselfde kliniek (Turner, Beidel, Long, Turner, & Townsley, 1993) by 'n groep deelnemers met veralgemeende sosiale fobie gevind is. Wat die resultate nog meer indrukwekkend maak, is die feit dat die afsnypunte van die saamgestelde indeks van eindstaat-funksionering gebaseer was op 'n normale vergelykingsgroep. In 'n 2-jaaropvolgondersoek (Turner, Beidel, & Cooley-Quille, 1995) het dit geblyk dat die terapeutiese winste volgehou is en daar was ook aanduidings van verdere verbetering.

Sosiale-effektiwiteitsterapie is ontwikkel om die verskillende dimensies van sosiale fobie te behandel. 'n Saak van belang is die feit dat die skrywers geen melding maak van 'n kognitiewe dimensie by sosiale fobie nie; nie wat aard, intervensie of meting betref nie. Dit is duidelik dat hierdie groep navorsers reeds besluit het dat die insluiting van kognitiewe konsepte, -intervensies en -maatstawwe nie noodwendig die effektiwiteit van behandeling verhoog nie. Aanduidings hiervan blyk ook uit 'n oorsigstudie van terapie-uitkomstnavorsing (Turner, Cooley-Quille et al., 1996) waarin hulle tot die gevolgtrekking kom dat daar nie betekenisvolle groot verskille in die effektiwiteit van die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelingsprosedures bestaan nie. Volgens hulle behoort 'n terapeut se keuse van watter behandelingstrategie hy/sy wil volg, af te hang van sy/haar vertroudheid met 'n bepaalde strategie, individuele kenmerke van die pasiënt, of beide. As 'n terapeut dan vertrou is met kognitiewe herstrukturering en blootstelling, staan hy/sy voor 'n belangrike besluit. Die vraag is of dit enige waarde het om kognitiewe herstrukturering en blootstelling in 'n gesamentlike "pakket" te integreer, en of die beskikbare tyd beter benut kon word deur vir die pasiënt eerder meer blootstellingservarings te reël.

4.8 TEORIEË OOR ANGSREDUKSIE TYDENS KOGNITIEF-GEDRAGSTERAPEUTIESE BEHANDELING

Daar is verskeie teorieë oor die meganismes betrokke by angsreduksie tydens suksesvolle sielkundige behandeling. Enkele van dié teorieë word vervolgens kortliks bespreek.

4.8.1 Kognitiewe teorie: Volgens die kognitiewe teorieë van byvoorbeeld Beck (Beck et al., 1985) en Ellis (1962, 1970, 1991) vind angsreduksie plaas wanneer mediërende kognitiewe strukture en prosesse, soos byvoorbeeld disfunksionele (i.e., irrasionele of wanaangepaste) kennisies, outomatiese gedagtes, oortuigings, skemata en/of denkfoute, gewysig word.

4.8.2 Sosialeleerteorie: Bandura (1977) gebruik in sy sosialeleerteorie die konstruk self- doeltreffendheid ("self-efficacy") om angsreduksie te verklaar. Daar word geteoretiseer dat die verhoging van die pasiënt se ervaring van self-effektiwiteit (i.e., oortuiging dat hy/sy oor die vermoë beskik om die gevreesde situasie te kan bemeester) die enkele resultaat is van alle suksesvolle angsreducerende behandelings. Direkte gedragservarings van sukses is volgens Bandura dalk die kragtigste wyse om 'n persoon se ervaring van self-effektiwiteit te verhoog, maar hy noem dat baie ander prosedures ook tot hierdie persepsie sou kon bydra, soos byvoorbeeld verbale inligting en modellering.

4.8.3 Resiproke inhibisie: Wolpe (1990) gaan van die standpunt uit dat daar verskillende response is wat antagonisties aan en dus onverenigbaar met die angsrespons is (byvoorbeeld spierontspannings-, seksuele- en hongerresponse), en dat angsreduksie plaasvind deur teenkondisionering as gevolg van responskompetisie (die beginsel van resiproke inhibisie). Dit kan aktief bewerkstellig word met prosedures soos sistematiese desensitisasie of assertiwiteitsopleiding. Dit kan ook geskied deur slegs blootgestel te word aan die gevreesde situasie omdat daar in so 'n situasie, volgens Wolpe, baie stimuli is (bv. 'n terapeut, vriend, ens.) wat angs-antagonistiese response ontlok.

4.8.4 Selfkontrole: Öst (1987) en Goldfried (1971) is van oordeel dat individue kan leer hoe om angs en angswekkende situasies met selfkontrole-tegnieke soos toegepaste ontspanning (Öst) en selfinstruksie-opleiding (Goldfried) te hanteer.

4.8.5 Habituasie en uitdowing: Volgens Barlow (1988) verwys die konstruk "habituasie" na die afname in vreesreaksies, en veral na die psigofisiologiese aspekte daarvan (byvoorbeeld galvaniese velweerstand), gedurende herhaalde blootstelling. Dit verwys dus veral na die afname in die intensiteit van onaangeleerde angreaksies. Uitdowing, daarenteen, behels volgens Barlow die afname in die intensiteit van aangeleerde response deur die herhaling van response wat nie versterk word nie. Hiervolgens is angs deur klassieke kondisionering aangeleer en sal dit afgeleer word as die gekondisioneerde respons (fobiese respons) herhaaldelik voorkom sonder die ongekondisioneerde stimulus (die aanvanklike angswekkende stimulus). Volgens Marks (1987) volg die verlaging van verdedigende reaksies (insluitende onttrekkingsresponse soos vlug, ontsnapping en vermyding) dieselfde reëls, ongeag of dit oorspronklik aangeleer is (in welke geval die afname uitdowing genoem word) of aangebore is (en die afname met die term habituasie beskryf word). Hy gebruik die term "habituasie" om na beide prosesse te verwys en onderskei dit van ander prosesse wat ook moontlik tot 'n verlaging van verdedigende response sou kon bydra, soos sensoriese adaptasie, neuromuskulêre moegheid, motiveringsveranderinge, bioritmes, veroudering en weefselkade.

4.8.6 Verharding ("toughening up"): Volgens Barlow (1988) behels dit 'n biologiese/biochemiese model van vreesreduksie. Vereenvoudig kom dit daarop neer dat kortstondige blootstelling aan stresvolle of vreeswekkende stimuli tot verhogings in noradrenalienvlakke sal lei, terwyl meer kroniese blootstelling aan die stimuli uiteindelik tot die verlaging daarvan aanleiding sal gee.

4.8.7 Emosionele prosessering: Een van die informasie-prosesseringssteorieë oor vrees- en angstreduksie is gebaseer op die bio-informasieteorie van emosie soos voorgestel deur Lang (1977a, 1977b, 1979, 1985) en uitgebrei deur Rachman (1980) en Foa en Kozak (1986). Hierdie model staan bekend as die "emosioneleprosesseringsmodel". Dit plaas meer klem op die emosionele aspekte van angs as op die gedragsaspekte soos vermyding. Dit beklemtoon ook dieperliggende kognitiewe strukture, asook die verband tussen hierdie kognitiewe strukture en psigofisiologiese response. Hierdie model onderskryf die belangrikheid van blootstelling. Hiervolgens is wat belangrik is tydens blootstelling, die informasie-prosessering wat plaasvind wanneer alle komponente of elemente van 'n bepaalde affektiewe struktuur teenwoordig is. Hierdie affektiewe struktuur bestaan uit 'n stel emosionele en angswekkende proposisies: (a) stimulusproposisies, wat die sensoriese detail van die gevreesde voorwerp of situasie insluit, (b) responsproposisies, wat die verbale (kognitiewe/subjektiewe), fisiologiese en gedragsresponse insluit, en (c) betekenisproposisies, wat stellings oor verbande tussen bogenoemde veranderlikes insluit. Lang beskryf hierdie affektiewe struktuur ook as 'n emosionele beeld, gestoor in die langtermyngeheue, en wat dan tydens terapie volledig en suksesvol geprosesseer moet word. Rachman (1980) het sekere aanduidings (tekens) van bevredigende en onbevredigende emosionele prosessering beskryf. Foa en Kozak (1986) het aangevoer dat die proses van vrees- of angsonthlopping wat deel vorm van enige blootstellingsgebaseerde behandeling, informasie moet bevat wat onverenigbaar is met minstens sekere van die elemente wat in die pasiënt se angstruktuur aanwesig is. Volgens hulle leer die pasiënte

gedurende blootstellingsgebaseerde behandelings deur korttermyn-habituasie van fisiologiese respondering (gewoonlik gedurende 'n enkele sessie) dat (a) die angs nie vir ewig sal voortduur nie. Verder leer hulle ook deur herhaalde blootstelling oor die verloop van verskeie sessies heen dat (b) die moontlikheid van skade of gevaar laag is. Hierdie bepaalde verandering in die angsstruktuur word gereflekteer in tussen-sessie-langtermyn-habituasie. Negatiewe affek (die "aversiwiteit" geassosieer met 'n fobiese situasie) verminder ook met herhaalde blootstelling. Hulle leer met ander woorde dat (c) die ervaring self nie so sleg is nie. Hierdie drie dele van korrektiewe informasie is dan wat "geleer word" tydens emosionele prosessering.

4.9 FAKTORE WAT NAAS TIPE BEHANDELING OOK 'N EFFEK KAN HÊ OP TERAPIE-UITKOMSBEVINDINGS BY SOSIALE FOBIE

Dit is belangrik om te beklemtoon dat daar verskillende faktore is wat kon bygedra het tot die oënskynlik teenstrydige resultate van vergelykende uitkomstnavorsing tussen verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelings in die algemeen en kognitiewe herstrukturering, blootstelling alleen en kognitiewe herstrukturering plus blootstelling spesifiek. Hierdie faktore kan beskou word as bronne van "ware" variansie of "fout"-variensie, afhangende van die mate waarin die navorsers in die verskillende studies van die betrokke faktore bewus was en vir die aan- of afwesigheid daarvan probeer kontroleer het. Dit is faktore wat daarvoor verantwoordelik kan wees dat die resultate van studies kan verskil, en dit is ook faktore wat in gedagte gehou moet word wanneer nuwe studies beplan word. Dit verteenwoordig ook areas waarop gefokus kan word ten einde die effek van bepaalde behandelingstrategieë te probeer verbeter en die differensiële effekte van verskillende benaderings te probeer vergroot.

4.9.1 Verskille in behandelingsformaat

4.9.1.1 Individuele- versus groepterapie

Scholing en Emmelkamp (1993b) het nie beduidende verskille tussen individuele terapie en behandeling in groepformaat in verskeie kombinasies van blootstelling en kognitiewe intervensies gevind nie. Probleme met hulle studie is reeds in 'n vorige afdeling uitgelig. Wlazlo et al. (1990) het nie verskille tussen groeps- en individuele blootstelling by sosiaal-fobiese deelnemers gevind nie. Lucas en Telch (1993) het 'n individueel-toegepaste weergawe van groepkognitiewegedragsterapie vergelyk met die oorspronklike groepformaat en gevind dat beide ewe effektief was. Laasgenoemde was vanselfsprekend meer koste-effektief. In 'n loodsstudie met 'n nuutontwikkelde multikomponent terapeutiese benadering, het Turner, Beidel, Cooley et al. (1994) voorlopige aanduidings gevind dat drie deelnemers met veralgemeende sosiale fobie beter op individuele behandeling gevaar het as drie ander deelnemers wat in groepformaat behandel is. Taylor et al. (1997) is voorstaanders vir die gebruik van kognitiewe herstrukturering op 'n individuele basis en baseer hul standpunt op 'n aanname van Beck et al. (1985) dat baie disfunksionele oortuigings idiosinkraties is en dat dit vir die individu van meer waarde is om aktief betrokke te wees by die herstruktureringsproses, eerder as om bloot net 'n waarnemer te wees wanneer ander dit doen. Feske en Chambless (1995) beklemtoon ook die feit dat kognitiewe herstrukturering dalk meer individuele aandag as blootstelling van die terapeut vereis en die feit dat die meeste kognitief-

gedragsterapeutiese sessies by die behandeling van sosiale fobie in groepformaat aangebied is, het dalk te min tyd gelaat vir die optimale aanwending van kognitiewe herstrukturering. Heimberg en sy medewerkers (Heimberg, 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990) is weer voorstanders van groepterapie, omdat dit blootstelling aan mense, evaluasie en gesimuleerde sosiale situasies vergemaklik.

4.9.1.2 Terapeutondersteunde - versus selfgereelde blootstelling

Met terapeutondersteunde blootstelling word bedoel dat 'n klinikus betrokke is by die blootstellingsoefeninge en tydens selfgereelde blootstelling word die blootstellingsprosedures deur die pasiënte self geadministreer. Fava, Grandi en Canestrari (1989) het tien individue met sosialefobie-behandel met blootstellingsopdragte as huiswerk (i.e., selfgereelde blootstelling), sonder enige terapeutondersteunde blootstelling en die sewe pasiënte wat die behandeling voltooi het, het beduidende afnames in sosiaal-fobiese simptome en angs gedemonstreer. Al-Kubaisy et al. (1992) wou bepaal of terapeutondersteunde blootstelling die effektiwiteit van 'n selfgereelde blootstellingsprogram sou verhoog. By 'n groep met verskillende fobies is daar nie 'n verskil tussen die twee modaliteite gevind nie, maar by die sosiale fobie groep spesifiek wil dit voorkom asof 'n mate van klinikus-betrokkenheid nodig word vir 'n optimale effek. Daar is aanduidings dat terapeutondersteunde blootstelling meer effektief is vir deelnemers met duidelik omskrewe, afgebakende fobies (Williams, Dooseman, & Kleifield, 1984; Williams, Turner, & Peer, 1985).

4.9.2 Verskille in die bepaling van terapie-uitkoms

4.9.2.1 Verskillende soorte assesseringsprosedures en die veranderlikes wat gemeet word

Daar is verskillende assesseringsprosedures (meetmiddels en –metodes) wat in uitkomsnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie gebruik word om 'n wye verskeidenheid van veranderlikes te meet (Antony, 1997; Cox & Swinson, 1995; Heimberg, Liebowitz, Hope, & Schneier, 1995). Hierdie prosedures, en die veranderlikes wat dit meet, kan in verskillende kategorieë geklassifiseer word. Antony (1997) onderskei byvoorbeeld tussen gebruik van (a) 'n kliniese onderhoud, (b) selfrapportering (bv. vraelyste en dagboekinskrywings), en (c) gedragsassessering. Daar word ook dikwels 'n onderskeid getref tussen gedragsassessering (Glass & Arnkoff, 1989), 'n baie algemene benaming vir 'n benadering wat ook byvoorbeeld selfrapportering van subjektiewe angs insluit, en kognitiewe assessering (Arnkoff & Glass, 1989; Heimberg, 1994) by sosiale fobie. Feske en Chambless (1995) beklemtoon dat uitkomdata kan verskil, afhangende daarvan of die resultate bekom is met behulp van vraelyste, klinikusbeoordelings, gedrags- of fisiologiese metings. Hulle het byvoorbeeld gevind dat klinikusbeoordelings deurgaans geneig was om groter effekgroottes te lewer as vraelyste. 'n Groot verskeidenheid van metingsprosedures (en veranderlikes wat gemeet word), word in sosiale fobie uitkomsnavorsing gebruik. Ter wille van illustrasie, kan genoem word dat Hope, Heimberg et al. (1995) byvoorbeeld die meetmiddels en veranderlikes van hul studie verdeel het in (a) sosiale fobie metings, (b) kognitiewe metings, (c) metings tydens 'n gedragstoets (wat ook beskryf sou kon word as 'n "teikenfobie meting"), en (d) klinikusbeoordeling. Van Velzen et al., (1997), aan die ander kant, het uit die resultate van hul metings saamgestelde tellings bereken om veranderlikes te reflekteer wat verband hou met vermyding, kennisies en teikensituasies.

Antony (1997) weer, het verkies om 'n onderskeid te maak tussen sogenaamde *standaardmetings* van sosiale fobie en sosiale angs, en *ander verbandhoudende* skale en veranderlikes by uitkomsnavorsing oor sosiale fobie (bv. depressie en skale om dit te meet).

4.9.2.2 Breë versus smal uitkomstriteria: spesifiekheid van die situasies ten opsigte waarvan die deelnemers beoordeel word

Taylor (1996) onderskei tussen studies waarin van breë, eerder as van smal uitkomstriteria gebruik gemaak is en het voorkeur aan eersgenoemde gegee in sy meta-analitiese ondersoek. Sy argument is dat die meeste individue met sosiale fobie meer as een sosiale situasie vrees (American Psychiatric Association, 1994) en daarom mag 'n smal uitkomstmeting (bv. 'n meting van vrees vir die maak van openbare toesprake) nie die effektiwiteit van behandeling akkuraat reflekteer nie. Breë metings, waar 'n reeks sosiale vrese geëvalueer word, verskaf 'n meer akkurate assessering van die algehele erns van sosiale fobie, veral waar die meer veralgemeende subtipte ter sprake is. Marks en Mathews (1979) onderskei tussen metings gebaseer op beoordelings van baie spesifieke teikenfobie-situasies, en beoordelings van fobiese situasies wat in algemene (i.e., breë en globale) terme beskryf is. Hulle noem dat hoe meer spesifiek die fobiese situasie is wat beoordeel moet word, hoe groter is die kans dat die voorbehandelingstelling maksimaal sal wees, en hoe groter sal die ruimte vir verbetering dan natuurlik wees, veral in die geval van teikengeoriënteerde terapie. Sulke gefokusde terapie behoort herhaalde, langdurige blootstelling (Marks, 1987) aan die teikenfobie te verseker, wat natuurlik deur teikenfobie-metings (smaller kriteria) weerspieël behoort te word. Tussen die twee genoemde uiterstes (baie spesifieke versus baie algemene situasies) sou beoordelings gerig kon word op domein-spesifieke sosiale fobie situasies soos dié onderskei deur Holt et al. (1992b), naamlik (a) formele praat en interaksie, (b) informele praat en interaksie, (c) observasie deur ander en (d) assertiewe interaksie.

4.9.2.3 Beoordelaarskale versus selfrapporteringskale

In sekere meta-analises is aangetoon dat beoordelaarskale konsekwent groter effekgroottes as selfrapporteringskale gelewer het (Lambert, Hatch, Kingston, & Edwards, 1986; Taylor, 1995). Dit mag 'n refleksie wees van die groter sensitiviteit van beoordelaarskale. Aan die anderkant mag dit, volgens Taylor (1996), 'n artefak daarvan wees dat beoordelaars dalk bewus was van die feit dat hulle besig was om 'n assessering voor of na behandeling uit te voer. Hul verwagtings dat pasiënte na behandeling minder ernstige simptomatologie behoort te demonstreer, mag in sulke gevalle dalk hul beoordelings beïnvloed het. Van al die eksperimente wat Taylor (1996) in sy ondersoek betrek het, was daar slegs twee wat, addisioneel tot selfrapporteringsmetings, ook van klinikus-beoordelingskale gebruik gemaak het. Taylor het dit op grond van die vorige argument nie by die meta-analise betrek nie.

4.9.2.4 Die gebruik van verskillende selfrapporteringskale

Studies verskil wat betref die selfrapporteringskale wat gebruik word om behandelingsuitkoms mee te meet. Die volgende ses selfrapporteringskale vir die meting van die globale erns van sosiale fobie is gereeld as uitkomsmaatstawwe in die 42 eksperimente in die meta-analise van Taylor (1996) gebruik:

twee skale van Watson en Friend (1969), naamlik (a) die Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) en (b) die Social Anxiety and Distress Scale (SAD), (c) die sosialefobie-subskaal van die Fear Questionnaire (FQ-SP; Marks & Mathews, 1979), (d) die Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Stanley, Beidel, & Bond, 1989), en twee skale van Mattick et al., (1989), naamlik (e) die Social Phobia Scale (SPS) en (f) die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). Al hierdie skale, sowel as ander meetmiddels en -tegnieke, is ook in die huidige ondersoek gebruik.

4.9.2.5 Verskille in mening oor watter veranderlike 'n bepaalde skaal meet

Die FNE kan hier as voorbeeld dien. Alhoewel die FNE dikwels gebruik word as 'n maatstaf van kognitiewe simptome (bv. Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), is daar baie skrywers wat nie hiermee saamstem nie (bv. Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996) aangesien sekere van die items eerder aanduidend is van sosiale angs omdat dit verwys na die ervaring van ongemak of angstigtheid (bv. "I become tense and jittery if I know someone is sizing me up"). Die FNE diskrimineer dus swak tussen angsreaksies en kognisies (Heimberg, 1994). Verskille oor wat die FNE meet, het belangrike implikasies vir die interpretasie van die resultate van uitkomsnavorsing, veral gesien in die lig van die feit dat in drie afsonderlike studies tot die slotsom gekom is dat die enkele meting wat geassosieer was met verbetering na behandeling, 'n verlaging in *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* was soos gemeet met die FNE (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989). Volgens Hope et al. (1993) verklaar hierdie veranderlike byna 25% van die variansie in die eindstaat-funksionering by uitkomsnavorsing, meer as veranderinge in angsbeoordelings en vermydingsgedrag. Hulle noem verder dat hierdie bevinding die waarde van die FNE as 'n hulpmiddel vir klinici beklemtoon, wat dit kan gebruik as 'n enkele indeks van verbetering na behandeling, sowel as om die instandhouding van die terapie-effekte mee te bepaal.

4.9.2.6 Verskille in sensitiviteit (en dus weerspieëelde effekgroottes) van verskillende metingskale

Taylor (1996) het in 'n meta-analise van uitkomsstudies oor sosiale fobie die effekgroottes (Cohen se *d*) van verskillende metingskale bereken. Hy het twee groepe uitkomsmetings geïdentifiseer. Groep 1 was dié met 'n relatief hoë sensitiviteit (wat groter effekgroottes gelewer het): die FQ-SP, SPAI, SPS en SIAS, en groep 2 was dié met relatief lae sensitiviteit (kleiner effekgroottes): die FNE en SAD. Taylor het nie groep 2-metings in die meta-analise gebruik nie, omdat dit minder sensitief was, in minder studies gebruik is en beskou is as grootliks oorbodig in die aanwesigheid van die groep 1-metings. Cox, Ross, Swinson en Dorenfeld (1998) het die effekgroottes van verskillende metingskale na groepkognitiewegedragsterapie by sosiale fobie ondersoek, insluitende die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987). Die LSAS is oorspronklik ontwikkel as 'n klinikusbeoordelingskaal, maar Cox et al. (1998) het dit aangepas en gebruik as 'n selfrapporteringsvraelys. Die metings wat die grootste veranderinge na groepkognitiewegedragsterapie getoon het, is in dalende volgorde (met effekgroottes tussen hakies) die volgende: FNE (0,68), FQ-SP (0,59), SPAI-Sosialefobie-subskaal (0,56), SIAS (0,54), LSAS-Avoidance/Performance subskaal (0,51), en die SPS (0, 50). Die verskille in die bevindings van Taylor (1996) en Cox et al. (1998) ten opsigte van die sensitiviteit en effekgroottes van die FNE is opmerklik, maar onverklaarbaar. Dit is nie duidelik of dit 'n funksie is van die skaal, eienskappe van die deelnemers,

'n kenmerk van die terapieresultate, of van die rol van die veranderlike wat gemeet word nie. As verandering van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* wel die sentrale rol speel in effektiewe terapie soos sommige spekuleer (bv. Mattick & Peters, 1988), behoort hierdie kwessie opgeklaar te word.

4.9.2.7 Verskille in korrelasies tussen verskillende selfrapporteringskale

Cox et al. (1998) het, naas effekgroottes, ook die korrelasies van verskillende selfrapporteringskale voor en na groepkognitiewegedragsterapie by sosiale fobie ondersoek en het onderskei tussen sogenaamde "ouer" skale (FNE en FQ-SP) en "nuwer" skale (SPAI-Totaal/Verskiltelling en Sosialefobie-subskaal, SPS, SIAS en LSAS). Wat die nuwer skale betref, is dit veral die SPAI- en die SPS/SIAS-skale wat volgens hulle belofte inhou as behandelingsuitkomstmetings. Hulle beveel aan dat, aangesien daar substansiële nie-oorvleueling tussen die nuwer en ouer metings van sosiale fobie uit die resultate blyk, en aangesien die ouer metings goeie behandelings sensitiviteit vertoon het, navorsers ook van die ouer metings in uitkomstnavorsing behoort te betrek ten einde vergelyking met vroeëre studies moontlik te maak. Gesien in die lig van die mate van nie-oorvleueling tussen die nuwer meetmiddels in hul studie, beveel hulle ook aan dat meer as een van die nuwer meetmiddels in toekomstige navorsing betrek behoort te word. In die huidige ondersoek word aan albei hierdie aanbevelings voldoen. Dit weerspieël 'n doelstelling van die huidige ondersoek, naamlik om terapie-effekte op 'n breë basis by sosiale fobie te ondersoek.

4.9.2.8 Verskille in indekse (kriteria) van terapie-uitkoms

Statisties-beduidende versus klinies-betekenisvolle verandering. Daar word dikwels in psigoterapie-uitkomstliteratuur onderskei tussen statisties-beduidende en klinies-betekenisvolle verandering (bv. Hope et al., 1993). Mattick et al. (1989) het byvoorbeeld klinies-betekenisvolle veranderinge afgelei uit twee selfrapporteringsmetings en 'n gedragsmeting. Heimberg, Dodge et al. (1990) het weer klinies-betekenisvolle verbeteraars beskou as deelnemers wat (a) 'n vermindering van 2 of meer punte op 'n 9-punt globale Klinikus Beoordelingskaal behaal het, en (b) wie se telling verskuif het na die nie-kliniese deel van die skaal (i.e., minder as 4) na behandeling. Gelernter et al. (1991) het weer deelnemers se tellings op 'n selfrapporteringsmeting van vernydning van sosiaal-fobiese situasies vergelyk met bepaalde normatiewe data. Rapee (1993) het klinies-betekenisvolle verandering beskou as 'n groter as 20% verlaging in tellings op minstens drie uit vier metings van sosiale angs, naamlik die SPS- en SIAS-skale van Mattick (1989), die FQ-SP (Marks & Mathews, 1979) en die FNE (Watson & Friend, 1969). Hierdie kriteria stem ooreen met dié gebruik in 'n uitkomststudie oor veralgemeende angsversteuring (Barlow, Rapee, & Brown, 1992). Van Velzen et al. (1997) het 'n aanpassing gemaak van 'n formule wat deur Jacobson en Truax (1991) voorgestel is om klinies-betekenisvolle verandering te meet. Hulle het die gemiddeldes van verskillende saamgestelde veranderlikes minus 1 standaard-afwyking as afsnypunt geneem en klinies-betekenisvolle verbeteraars beskou as diegene wat aan die kriterium voldoen op twee van die drie saamgestelde veranderlikes.

Uitkomtsdata versus prosesdata. Patrone van kliniese response (bv. reaktiwiteit en/of habituasie na blootstelling) binne 'n enkele sessie of tussen opeenvolgende sessies word soms as sogenaamde

prosesdata in die vorm van profiel-analises gerapporteer en verskil van sogenaamde *uitkomdata* soos byvoorbeeld die resultate van metings met selfrapporteringsvraelyste. Dit kan lei tot bevindings dat twee groepe met byvoorbeeld verskillende tipes sosiale fobie eenders op behandeling gereageer het (wat die habituasieproses-patrone betref), maar tog beduidend van mekaar verskil wat bepaalde uitkomstriteria betref en nie beduidend van mekaar verskil wat ander kriteria betref nie. 'n Voorbeeld hiervan is die resultate gerapporteer deur Turner, Beidel et al. (1996).

Saamgestelde indekse by uitkomnavorsing: samevoeging van die metings van konseptueel-verbandhoudende skale. Ten einde die statistiese krag van variansie-analises by uitkomnavorsing te verhoog, word die tellings van sekere skale soms saamgevoeg tot sogenaamde saamgestelde veranderlikes. Gebaseer op die korrelasies tussen sekere veranderlikes en die inhoud van die veranderlike, het Van Velzen et al. (1997) byvoorbeeld die gemiddeldes van die gestandaardiseerde tellings behaal op bepaalde skale bereken en gebruik as aanduidend van die volgende drie veranderlikes: vermyding, kennisies en teikensituasies. Laasgenoemde is byvoorbeeld saamgestel uit verskillende teikenfobie-skale wat angs en vermyding in idiosinkratiese fobiese situasies meet.

Saamgestelde indekse by uitkomnavorsing: verbetering versus eindstaatsfunksionering. Turner en sy medewerkers het twee saamgestelde indekse vir sosiale fobie uitkomnavorsing ontwikkel, naamlik die Social Phobia Endstate Functioning Index (SPEFI; Turner et al., 1993) en die Index of Social Phobia Improvement (ISPI; Turner, Beidel, & Wolff, 1994). Dit vermeerder die aantal indekse wat in uitkomstudies gebruik kan word en dit is dus 'n faktor wat, naas behandeling, 'n effek kan hê op terapie-uitkomstbevindings.

4.9.3 Verskille wat betref uitkomstriteria versus uitkomstvoorspellers

Studies verskil in die mate waarin 'n bepaalde veranderlike deel vorm van die indeks (kriteria) van terapie-uitkoms, of as 'n voorspeller van terapie-uitkoms beskou word. Volgens kognitiewe teorie oor angsversteurings in die algemeen (Beck et al., 1995) en sosiale fobie spesifiek (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990) is kognitiewe verandering essensieel vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, en dus vir suksesvolle behandeling. Volgens Heimberg (1994) is baie navorsers oortuig dat verandering van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* die beste voorspeller van suksesvolle terapie is, en hierdie standpunt word ook deur uitkomstudies gesteun (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), maar Heimberg (1994) waarsku dat die betekenis van hierdie bevindings onduidelik is, aangesien die meetmiddel in hierdie studies wat gebruik is (die FNE) veranderinge in kennisie, angs, of beide mag reflekteer.

Chambless, Tran en Glass (1997) het die effek van verskillende voorspellers van die uitkoms van groepkognitiewegedragsterapie in die behandeling van 62 deelnemers met sosiale fobie (41 veralgemeende sub tipe, 21 nie-veralgemeend) ondersoek. Die veranderlikes wat hulle as sogenaamde "voorspellers" beskou het en waarvan hulle die effek op terapie-uitkoms ondersoek het, was depressie, uitkomsverwagtings, trekke van persoonlikheidsversteuring, die omvang en intensiteit van die ontwrigting

as gevolg van die versteuring (volgens klinikusbeoordelings), en die frekwensie van negatiewe gedagtes gedurende sosiale interaksies. As uitkomstmetings het hulle, onder andere, die resultate van verskillende selfrapporteringsvraelyste en gedragstoetse gebruik. Alhoewel geen voorspeller verband gehou het met uitkoms oor al die domeine van meting nie, het hoër depressie, meer vermydende persoonlikheidstreke en laer uitkomsverwagtings elkeen verband gehou met swakker terapie-uitkoms op een of meer van die uitkomstriteria. Kognitiewe verandering was konsekwent geassosieer met die resultate van selfrapporteringsmetings, maar teenstrydig met wat verwag is, het laer frekwensies van negatiewe denke tydens natoetsing nie beter instandhouding van terapie-wins te by opvolgmeting voorspel nie.

Wat in die vorige paragraaf beklemtoon wou word, is nie soseer die resultate per se van die genoemde ondersoek nie, maar eerder hoe daar tussen uitkomsvoorspellers en uitkomsindekse (-kriteria) onderskei kan word.

4.9.4 Verskille in tydsduur tussen terapie-uitkomstmetings, behandelingsduur, die aantal sessies en lengte per sessie

Taylor (1996) het in 'n vergelykende meta-analitiese ondersoek van ses behandelingskondisies vir sosiale fobie, naamlik blootstelling, kognitiewe herstrukturering, kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, sosialevaardigheid-opleiding, waglys-kontrole en aandag-kontrole, gevind dat die kondisies nie beduidend van mekaar verskil het wat die duur tussen voor- tot nameting betref nie (gemiddeld = 9,3 weke) en in die meeste van die studies is opvolgmetings na 3 maande gedoen. Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) het hulle uit kliniese ervaring geleer dat die meeste behandelingsvordering gedurende die laaste 3 tot 4 van 12 groepkognitiewegedragsterapie sessies van ongeveer 2,5 uur elk gemaak word.

Rapee (1993) het gevind dat 'n verkorte weergawe van groepkognitiewegedragsterapie (ses weeklikse 90-minuutsessies, plus enkele opvolgsessies na 3 en 6 maande) beduidende verbetering tydens na- en opvolgmetings (op 3 en 6 maande) gelewer het. Ongeveer 'n derde van die deelnemers is tydens nameting (33,3%), 3-maande-opvolg (33,3%) en 6-maande-opvolg (31,8 %) as behandelingsreageerders geklassifiseer. Oor die algemeen beskou Rapee die resultate as "matig" en skryf hy dit toe aan die korte duur van die behandeling. Scholing en Emmelkamp (1993a, 1993b) het gevind dat 16 sessies van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of blootstelling alleen meer effektief as 8 sessies van enigeen van die twee behandelings was. Die aantal sessies, in studies wat in 'n meta-analitiese ondersoek deur Feske en Chambless (1995) betrek is, het gewissel van 5 tot 16 vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en van 6 tot 16 vir blootstelling alleen, en die meerderheid navorsers het van 10 tot 14 sessies gebruik gemaak. Feske en Chambless kom tentatief tot die gevolgtrekking dat uitkoms na kognitiewe herstrukturering plus blootstelling dalk minder met die duur van behandeling verband hou as wat met blootstelling die geval is, omdat kognitiewe verandering baie wisselvallig kan geskied. Wanneer deelnemers eers die konsep van kognitiewe herstrukturering verstaan, kan hul vinnig verbeter, terwyl die habituasië van angs tydens blootstelling alleen 'n meer geleidelike en voorspelbare patroon mag volg.

4.9.5 Attrissie-verskille

Taylor (1996) beklemtoon die verskille in attrissie tussen die verskillende behandelingskondisies in studies wat in sy meta-analise geïnkorporeer is. Die gemiddelde persentasie deelnemers wat in elke behandelingskondisie voortydig uitgeval het, verskyn in hakies na elke kondisie: waglyskontrolle (5,7%), aandagskontrolle (14,7%), blootstelling alleen (16,4%), kognitiewe herstrukturering (12,2%), kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (18,0%), en sosialevaardigheid-opleiding (16,6%). Uit dié syfers is dit dus duidelik dat die attrissie aansienlik hoog was en Taylor beveel aan dat metodes ontwikkel moet word om hierdie probleem te beperk. Turner, Beidel et al. (1996) het 'n gemiddelde uitvalkoers van 14% vir agt uitkomstudies bereken. In hul eie studie was die koers 12,7%, met geen verskille tussen diegene wat met intense blootstelling ("flooding") en dié wat met medikasie behandel is nie. Volgens hulle dui hierdie syfer op 'n redelike klein attrissie-koers tydens die behandeling van sosiale fobie.

4.9.6 Deelnemer-verskille

4.9.6.1 Subtipes sosiale fobie volgens dominante responssisteem, temaverwante domeïnspesifiekheid, veralgemeenbaarheid en ko-morbiede diagnoses

Die deelnemers wat in die verskillende uitkomstudies oor die behandeling van sosiale fobie betrek is, verteenwoordig waarskynlik 'n baie heterogene groep. Feske en Chambless (1995) beklemtoon die feit dat studies verskil wat betref die insluitings- en uitsluitingskriteria wat gebruik en/of gerapporteer is. Die studies mag byvoorbeeld van mekaar verskil in die mate wat die volgende deelnemers ingesluit, uitgesluit, of hoegenaamd gespesifiseer word: (a) 'n diagnose van sosiale fobie volgens DSM-kriteria (American Psychiatric Association, 1980, 1994), (b) bepaalde sosiale fobie-subgroepe soos byvoorbeeld veralgemeende, nie-veralgemeende, spesifieke, en diskrete sosialefobie-subtipes, en (c) ander ko-morbiede diagnoses op As I (bv. 'n gemoedsversteuring of een of meer van die ander angsversteurings) en As II, veral vermydende-persoonlikheidsversteuring, van die DSM-klassifikasiesistelsel (American Psychiatric Association, 1980, 1994). Die behandeling van die verskillende subtipes sosiale fobie kan om verskillende redes en wyses geskied. Een benadering is om subtipes gebaseer op die dominante responssisteem (bv. "kognitiewe reageerders") met bepaalde behandelingsmetodes (bv. kognitiewe herstrukturering) af te paar ten einde te ondersoek of sekere behandelings beter as ander by bepaalde subtipes vaar. 'n Ander doel en strategie is om verskillende subtipes (bv. veralgemeende versus nie-veralgemeende sosiale fobie) met 'n bepaalde terapeutiese benadering te behandel en om dan die resultate te vergelyk. Indien 'n bepaalde subgroep, soos teoreties verwag word, beter as 'n ander sou vaar, bied die ondersoek steun vir die geldigheid van die bepaalde diagnostiese verdeling. Dit gee dan ook 'n aanduiding van watter sub tipe die beste op 'n bepaalde benadering behoort te reageer. 'n Ander tipe verdeling is sosiale fobie met of sonder bepaalde kliniese kenmerke of ko-morbiede diagnoses. Deur hierdie groepe met 'n bepaalde strategie te behandel, kan die effek van kliniese kenmerke en/of ko-morbiede diagnoses op behandelingsresponse ondersoek word. In sekere vergelykende behandelingsuitkomstudies oor subgroepe sosiale fobie (ingedeel volgens veralgemening en ko-morbiede diagnoses) is groepkognitiewegedragsterapie as behandelingsmetode gebruik (Brown et al.,

1995; Chambless et al., 1993; Chambless et al., 1997; Hope, Herbert et al., 1995). In ander vergelykende uitkomststudies oor die genoemde subgroepe is intense blootstelling alleen /"flooding" (Turner, Beidel et al., 1996), blootstelling alleen by groepe wat spesifiek die maak van openbare toesprake vrees (Hofmann et al., 1995), gegradeerde *in vivo* blootstelling alleen (Van Velzen et al., 1997) en blootstelling in kombinasie met verskeie ander kognitief-gedragsterapeutiese intervensies, insluitende progressiewe ontspanning, sistematiese desensitisasie en kognitiewe herstrukturering, (Feske et al., 1996) ondersoek.

Subtipes volgens die dominante responsstelsel. Die mate van sukses wat behaal is met die afparing van sogenaamde "kognitiewe -, fisiologiese -, en gedragsreageerders" met gefokusde behandelingsmetodes is reeds in Afdeling 4.3.2.1, Afdeling 4.3.2.2.1 en Afdeling 4.3.2.2.2 bespreek.

Subtipes volgens temaverwante spesifiekheid. Sosiale fobie subgroepeering kan ook geskied ooreenkomstig die tipe situasie wat die persoon vrees. 'n Voorbeeld van so 'n subgroep is persone wat die maak van openbare toesprake vrees en wat van ander tipes sosiale fobie onderskei (Boone et al., 1989; Heimberg, Hope, et al., 1990; McNeil et al., 1995) en behandel is (Hayes & Marshall, 1984; Hofmann et al., 1995; Spector, Carey, Jorgensen, Meisler, & Carnrike, 1993). 'n Ander temaverwante domeinspesifieke vorm van sosiale fobie wat ook effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behandel is, is optrede-angs by musikante (Clark & Agras, 1991; Kendrick, Craig, Lawson, & Davidson, 1982). Dit is onbekend in watter mate hierdie deelnemers met hul domeinspesifieke vrese ook aan meer veralgemeende sosiale vrese gelyk het.

Subtipes volgens veralgemening. Verskillende onderskeidings van subtipes in terme van mate van veralgemening, word in die literatuur beskryf (bv. Heimberg, Holt et al., 1993; Stemmerger et al., 1995). Subtype-onderskeiding is belangrik omdat 'n groterwordende bron van data daarop dui dat sosiaal-fobiese individue met veralgemeende sosiale fobie erger versteurd is as dié met nie-veralgemeende sosiale fobie of spesifieke sosiale fobie (Brown et al., 1995; Heimberg, Hope et al., 1990; Turner, Beidel et al., 1996). Dit wil voorkom asof die verskillende groepe geneig is om ewe veel vordering tydens terapie te maak, met die gevolg dat die veralgemeende sosiale fobie groepe na behandeling nog steeds, veral wat sekere metings betref, geneig is om swakker as die ander twee groepe te vaar (Brown et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Turner, Beidel et al., 1996). Turner, Beidel et al., (1996) het die uitkomstverskille tussen veralgemeende sosiale fobie en spesifieke sosiale fobie ondersoek. Volgens die prosedura (kliniese response binne sessies en habituasië-patroon oor sessies heen) wil dit voorkom asof intense blootstelling alleen op verbeeldingsvlak ewe groot toenames in subjektiewe ongemak binne sessies en ekwivalente mates van habituasië oor sessies heen by die twee groepe veroorsaak het. Die behandelingsuitkomstdata is in ooreenstemming met die prosedura. Toe daar vir voorbehandelingsverskille gekontroleer is, het die tellings na behandeling van die twee groepe nie verskil nie, met die uitsondering van die SPAI-Totaaltelling (die verskiltelling tussen die sosiale fobie- en agorafobie-subskale) en die FQ-SP. Op hierdie metings het die veralgemeende sosiale fobie groep, na kontrole vir voorbehandelingsverskille, steeds beduidend hoër tellings behaal (d.w.s. minder verbeter) as die spesifieke sosiale fobie groep. Turner, Beidel et al., (1996) beklemtoon die feit dat hierdie twee skale die meer ernstige kliniese beeld van die veralgemeende sub tipe reflekteer. Hierdie bevindings stem ooreen met dié van Brown et al. (1995). Verder, wat betref 'n saamgestelde meting van algehele verbetering

(ISPI), was daar nie verskille tussen die persentasies veralgemeende sosiale fobie en spesifieke sosiale fobie wat matige tot beduidende verbetering getoon het nie. Dit wil dus voorkom asof die behandeling tot ekwivalente mates van verbetering by die twee groepe gelei het. Wat 'n saamgestelde indeks van eindstaatsfunksionering (SPEFI) betref, het die veralgemeende sosiale fobie groep ná behandeling egter nog steeds beduidend swakker as die spesifieke sosiale fobie groep gevaar. Volgens Turner en sy medewerkers (Turner, Beidel, & Cooley, 1994; Turner, Beidel, Cooley, et al., 1994) is sosialevaardigheidstekorte veral kenmerkend van individue met veralgemeende sosiale fobie en hulle het by so 'n groep met behulp van 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en blootstelling, naamlik sosiale-effektiwiteitsterapie (Turner, Beidel, & Cooley, 1994), eindstaat-funksioneringsvlakke bewerkstellig wat ooreenstem met dié van normale individue. Dit kon nie met behulp van intense blootstelling alleen behaal word nie. Daar is aanduidings dat diegene met veralgemeende sosiale fobie, in vergelyking met die nie-veralgemeende of spesifieke subtypes, dalk swakker as laasgenoemde subtypes na behandeling vaar (Chambless et al., 1993), of so goed soos hulle na behandeling funksioneer (Hope et al., 1995) of soos hulle tydens behandeling reageer (Brown et al., 1995; Turner, Beidel et al., 1996), en ná behandeling steeds swakker as hulle funksioneer (Brown et al., 1995), of steeds swakker op bepaalde uitkomstmetings as hulle funksioneer selfs nadat vir voor-behandelingsverskille gekontroleer is (Turner, Beidel et al., 1996).

Subtypes volgens geassosieerde kliniese kenmerke en ko-morbiede diagnoses. Dit wil voorkom asof bepaalde kliniese kenmerke dalk (as uitkomstvoorspellers) met reaksie op behandeling by sosiale fobie verband mag hou. Voorbeelde hiervan sluit angs en depressie, asook ko-morbiede As I- en As II-diagnoses in. Foa en Emmelkamp (1983) is van mening dat 'n belangrike en interessante uitdaging in psigoterapie-navorsing die identifikasie van individue is wat suksel om vordering in terapie te maak. Volgens Brown en Barlow (1992) kan die effektiwiteit van behandeling in wisselende mates deur die ko-morbiditeit van verskillende versteurings beïnvloed word. Volgens Hope et al. (1993) is daar veral twee deelnemer-veranderlikes wat, as hulle voor behandeling aanwesig is, behandelingsuitkoms mag voorspel. Deelnemers met 'n swakker prognose is dié met sosialevaardigheidstekorte (soos dikwels by vermydende-persoonlikheidsversteuring die geval is) en wat behandel word met intervensies wat nie sosialevaardigheid-opleiding insluit nie, en, tweedens, dié met ernstige depressie. Laasgenoemde standpunt word deur die resultate van verskeie ondersoeke gesteun (Chambless et al., 1997; Feske et al., 1996; Holt, Heimberg, & Hope, 1990). Ligte depressie, 'n algemene gevolg van sosiale fobie, behoort volgens Hope et al. (1993) nie met behandeling in te meng nie en behoort te verbeter soos wat die sosiale fobie verbeter. Daar is aanduidings dat sosiaal-fobiese individue met 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring, of meer vermydende-persoonlikheidsversteuring-treke, in vergelyking met deelnemers daarsonder, erger sosiale angs mag ervaar en meer geneig tot depressie mag wees (Holt et al., 1992a; Turner et al., 1986), asook dat hulle dalk swakker op behandeling mag reageer (Chambless et al., 1997; Feske et al., 1996), maar dit is nie in alle ondersoeke gevind nie (Brown et al., 1995; Hofmann et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Van Velzen et al., 1997). In laasgenoemde studies is ekwivalente verandering by die twee groepe gevind, met die groep met 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring erger versteurd voor en na behandeling as die groep sonder vermydende-persoonlikheidsversteuring. Bown et al. (1995) interpreteer die resultate as aanduidend dat 'n ko-morbiede diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring nie 'n effek op

terapie-uitkoms by veralgemeende sosiale fobie gehad het nie en volgens Hope, Herbert et al. (1995) dui die resultate daarop dat sosiale fobie en vermydende-persoonlikheidsversteuring, soos deur DSM-kriteria gedefinieer, dalk nie konseptueel verskillend is nie. Parallele veranderinge tydens behandeling is ook by subgroepe met meervoudige ko-morbiede persoonlikheidsversteurings gevind (Mersch, Jansen, & Arntz, 1995; Turner, Beidel et al., 1996; Van Velzen et al., 1997). Turner, Beidel et al. (1996) het die invloed van ko-morbiede diagnoses op sosiaal-fobiese pasiënte se response op behandeling (intense blootstelling alleen, oftewel "flooding") ondersoek. Die na-behandelingsresponse van 'n groep met ko-morbiede diagnoses (verskillende angs- en persoonlikheidsversteurings) is vergelyk met 'n groep sonder ko-morbiede diagnoses. Uit die resultate blyk dit dat ko-morbiditeit nie 'n effek gehad het op die pasiënte se response gedurende die sessies, die mate van habituasie oor sessies heen of op die uiteindelijke hoeveelheid verbetering nie. Ten spyte van hulle ekwivalente reaksie op terapie gedurende die behandelingsessies, was die pasiënte met 'n ko-morbiede diagnose nog steeds na behandeling in terme van verskeie metings beduidend meer versteurd as die groep sonder ko-morbiditeit. 'n Interessante bevinding was die feit dat die verskille gevind is op metings van algemene angs en kliniese beoordelings van erns, nie op direkte metings van sosiale fobie nie. Dit wil dus voorkom asof die ko-morbiede versteurings wat in die studie van Turner, Beidel et al., (1996) ondersoek is, nie ingemeng het met die vermoë van intense blootstelling alleen om die simptomatologie van sosiale fobie te verlig nie, maar die vlak van algemene kliniese verbetering is minder. Volgens Turner, Beidel et al. (1996) sal dit waarskynlik nie help om die behandeling te verleng nie en hulle beveel aan dat intervensies wat spesifiek fokus op die ko-morbiede kondisies eerder gebruik moet word.

4.9.6.2 Therapie-uitkomsverwagtings

Safren, Heimberg en Juster (1997) het deelnemers met sosiale fobie se verwagtings van terapie-uitkoms met die Reaction to Treatment Questionnaire (RTQ; Holt & Heimberg, 1990) voor groep kognitiewe-gedragsterapie gemeet, nadat die rasionaal van terapie verduidelik is. Hulle het gevind dat verwagtingstellings nie onderskei het tussen diegene wat uitgeval het uit behandeling (attrissie) en dié wat volgehou het nie, maar dit het beduidend verband gehou met terapie-uitkoms. Laasgenoemde bevinding word ook deur Chambless et al. (1997) gerapporteer.

4.9.6.3 Lokus van kontrole en nakoming van huiswerkopdragte

Volgens Leung en Heimberg (1996) hou lokus van kontrole, die nakoming van huiswerkopdragte en die interaksie tussen die twee veranderlikes ook verband met terapie-uitkoms. Dit wil voorkom asof die nakoming van huiswerkopdragte veral belangrik is vir uitkomst op die langer termyn (Edelman & Chambless, 1995).

4.9.6.4 Kognitiewe veranderlikes

Kognitiewe veranderlikes is veral op twee wyses ter sprake by uitkomsstudies, naamlik eerstens as maatstaf van behandelingsuitkoms (Afdeling 4.9.2), en tweedens as voorspellers (medieërders) van terapie-effekte (Afdeling 4.9.3). Deelnemers begin behandeling met verskille in terme van kognitiewe

veranderlikes en hulle verskil ook waarskynlik in die mate wat kognitiewe veranderlikes 'n mediërende rol in hulle sosiaal-fobiese simptomatologie speel. Daarom is besluit om die rol van kognitiewe veranderlikes in uitkomsstudies afsonderlik in meer diepte te bespreek

Die volgende kognitiewe veranderlikes is in sosiale fobie uitkomsstudies ondersoek:

- (a) bekommernis wat betref die opinies van ander (i.e., *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*), gemeet met die FNE (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989);
- (b) bekommernis oor die gevaar van sosiale evaluasies deur ander (Poulton & Andrews, 1996);
- (c) oorskatting van die moontlikheid dat onaangename sosiale gebeure sal plaasvind (Lucock & Salkovskis, 1988);
- (d) attribusies vir die uitkomste van sosiale suksesse en mislukkings (Heimberg, Becker et al., 1985);
- (e) aandagsverdraaiing deur en verhoogde prosessering van sosiaal-bedreigende informasie wat teoreties verklaar word as die effek van 'n geheue-struktuur, die sogenaamde gevaar-skema (Mattia et al., 1993);
- (f) selfgefokusde aandag (Woody et al., 1997);
- (g) algemene irrasionele denke soos gedefinieer deur Ellis (1962), gemeet met die Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1968) en ondersoek in uitkomsstudies oor sosiale fobie (Emmelkamp et al., 1985; Heimberg, Becker et al., 1985; Kanter & Goldfried, 1979; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), of soos gemeet met die Rational Behavior Inventory (RBI; Shorkey & Whiteman, 1977) en ondersoek in 'n ander uitkomsstudie (Mersch et al., 1989);
- (h) die aantal positiewe versus negatiewe gedagtes soos gemeet met endosseringsmetodes soos die Social Interaction Self-Statement Test (SISST; Glass et al., 1982) in bepaalde uitkomsstudies (Gelernter et al., 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990; Turner, Beidel, & Jacob, 1994), en 'n soortgelyke meting ("Thoughts About This Test") in ander uitkomsstudies (Jerremalm et al., 1986; Mersch et al., 1989); en
- (i) die aantal positiewe versus negatiewe gedagtes soos gemeet met produksiemetodes soos die gedagtelys-tegniek oorspronklik toegepas op sosiale angs deur Cacioppo et al., (1979) en later gebruik in uitkomsnavorsing by sosiale fobie (Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg & Liebowitz, 1992; Heimberg, Salzman et al., 1993).

Volgens kognitiewe teorie oor angsversteurings in die algemeen (Beck et al., 1995) en sosiale fobie spesifiek (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990) is kognitiewe verandering essensieel vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, en dus vir suksesvolle behandeling. Daar is ook standpunte dat kognitiewe herstrukturering die beste benadering is om kognitiewe veranderlikes te wysig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982) en dat die belangrikste kognitiewe veranderlike wat verander moet word die kognitiewe "trek" *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (Heimberg, 1994) is. Dit word beskryf as "the core construct in social phobia" (Hope, Heimberg et al., 1995, p. 642). Daar is inderdaad in drie uitkomsstudies gevind dat dit die enkele meting was wat met verbetering na behandeling geassosieer was (Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989). Dit is egter ook so dat die betekenis van hierdie bevindings onduidelik

is, aangesien die meetmiddel wat gebruik is (die FNE) veranderinge in kognisie, angs, of beide (Heimberg, 1994) mag reflekteer.

Alhoewel endosseringsmetodes (die afmerk van gedagtes op 'n gedagtelys) en produksiemetodes (die rapportering van gedagtes tydens toepassing van 'n gedagtelystegniek) kognitiewe inhoud meet wat volgens Heimberg (1994) meer ooreenstem met kognitief-gedragsterapeutiese teoretisering (Ingram & Kendall, 1987), is hierdie metodes nog min in sosiale fobie uitkomsstudies gebruik. Dit wil egter voorkom asof 'n vermindering van gedagte-disfunksionaliteit (weerspieël deur die aantal negatiewe gedagtes) of 'n verhoging van gedagte-funksionaliteit (weerspieël deur die aantal positiewe gedagtes), gemeet met 'n gedagtelystegniek, gepaard gaan met 'n algemene verbetering van die simptomatologie van sosiale fobie (Bruch et al., 1991; Heimberg, Dodge et al., 1990). Die Bruch et al. studie was 'n heranalise van die resultate van die studie deur Heimberg et al. in terme van 'n sogenaamde States of Mind Model (SOM; Schwartz & Garamoni, 1986) waarvolgens verskillende mates van funksionele denke in kategorieë ingedeel word. Elkeen van hierdie SOM-kategorieë korrespondeer met 'n bepaalde verhouding tussen die proporsie positiewe, negatiewe en/of neutrale gedagtes wat 'n individu in 'n bepaalde sosiaal-fobiese situasie gedink het, en staan bekend as 'n SOM-ratio. Heimberg, Dodge et al. (1990) het persentasie negatiewe gedagtes as maatstaf van gedagte-disfunksionaliteit gebruik, terwyl Bruch et al. (1991) 'n negatiewe SOM-ratio as maatstaf van dieselfde veranderlike gebruik het. In beide analyses het die groep deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het nie beduidend van die aandag-kontrolegroep by nameting verskil nie, maar wel by opvolg na 6 maande. Die groter verbetering van die deelnemers wat groepkognitiewegedragsterapie ontvang het, is volgehou gedurende 'n opvolgperiode van 5 jaar (Heimberg, Salzman et al., 1993).

Heimberg, Bruch, Hope en Dombek (1990) noem na 'n oorsig van ondersoeke waarin interne dialoog gemeet is met endosserings- en produksiemetodes dat die valensie van die selftellings in die meeste van die studies geklassifiseer is as positief (fassiliterend van aangepaste gedrag), negatief (belemmerend van aangepaste gedrag) of neutraal (nie duidelik positief of negatief nie, of nie verbandhoudend met die teikengebeure nie). Volgens Heimberg, Bruch et al. (1990) wil dit volgens hierdie studies voorkom asof die frekwensie van negatiewe selftellings 'n groter impak het as die frekwensie van positiewe selftellings, in dié sin dat dit 'n sterker verband toon met metings van psigopatologie of duideliker onderskei tussen funksionele of disfunksionele groepe. Dit het gelei tot die uitdrukking "the power of non-negative thinking" (Arnokoff & Glass, 1989; Kendall, 1984; Kendall & Hollon, 1981), wat impliseer dat dit belangriker is om negatiewe denke te verminder as wat dit is om die frekwensie in die ander kategorieë van selftellings te verhoog. Later is begin om meer klem op die rol van positiewe gedagtes te plaas en Schwartz en Garamoni (1986) het in hulle "States of Mind Model" (SOM) geteoretiseer oor 'n optimale ratio van positiewe gedagtes tot die som van positiewe en negatiewe gedagtes ($P/P+N = 0,618$), wat dan volgens hulle die grootste verband met positiewe aanpassing sou toon. Vyf verskillende kategorieë van funksionele denke ("states of mind") het met verskillende SOM-ratios ooreengestem en dit is in uitkomsnavorsing oor sosiale fobie gebruik as meting van kognitiewe verandering (Bruch et al., 1991; Heimberg, Salzman et al., 1993).

Volgens Hope, Heimberg et al. (1995) mag kognitiewe verandering essensieel wees vir suksesvolle behandeling, maar kognitiewe intervensie is dalk nie essensieel om dit te bewerkstellig nie, aangesien blootstelling dit ook teweeg kan bring.

4.9.7 Verskille in die aard en kwaliteit van kognitiewe herstrukturering

Dit was reeds in die vroeë tagtigerjare dat Biran et al. (1981), nadat hulle gevind het dat kognitiewe herstrukturering swakker resultate as blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie gelever het, erken het dat die kognitiewe herstrukturering wat hulle gebruik het dalk nie 'n getroue weergawe was van die kognitiewe prosedures soos rasioneel-emotiewe gedragsterapie (Ellis, 1970) nie.

Behandelingsintegriteit word dus soms bevraagteken. Biran et al. sluit af met die volgende aanbeveling: "It remains for proponents of these cognitive strategies to demonstrate their value in the treatment of phobic disorders" (p. 531).

Michelson en Marchione (1991) het die mening uitgespreek dat die kognitiewe terapie van Beck (Beck et al., 1985) dalk 'n meer effektiewe terapie vir angs sal wees as die kognitiewe behandelings soos rasioneel-emotiewe gedragsterapie en selfinstruksie-opleiding omdat dit gefokus is op die wysiging van die proses en struktuur, eerder as die inhoud van kennis. Feske en Chambless (1995) het hierdie hipotese deur middel van 'n meta-analise ondersoek deur die resultate van studies met Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie (gebaseer op die teorie van Beck) te vergelyk met die resultate van studies waarin rasioneel-emotiewe gedragsterapie, selfinstruksie-opleiding en selfstellingopleiding gebruik is. Die effektiwiteit van die twee stelle behandelingsbenaderings het nie beduidend van mekaar verskil wanneer voor-na effekgroottes vergelyk is nie, en laasgenoemde groep benaderings het selfs groter voor-opvolg effekgroottes as groepkognitiewegedragsterapie gelever. Feske en Chambless beklemtoon ook die feit dat navorsers nie in een van die studies wat in hulle meta-analise geïnkorporeer is beoordelings van behandelingskwaliteit of terapeut-bevoegdheid gerapporteer het nie, dat kognitiewe herstrukturering omvangryke terapeutiese vaardighede vereis, en dat dit dalk moeiliker en meer tydrowend is om terapeute op te lei om goeie kognitiewe herstrukturering plus blootstelling te doen as om goeie blootstelling alleen te doen. Die gebruik van groepterapie, in plaas van individuele terapie, kon ook die kwaliteit van kognitiewe herstrukturering verlaag het.

4.9.8 Verskille in steekproefgroottes, aantal afhanklike veranderlikes, statistiese prosedures en beperkings wat verband hou met statistiese krag

Die gebruik van 'n groot aantal afhanklike veranderlikes, wat op verskillende assesseringstadiums gemeet word, skep volgens Hope, Heimberg et al. (1995) 'n belangrike statistiek-verbandhoudende probleem in terapie-uitkomstnavorsing. Dit kan die geldigheid en betroubaarheid van die resultate nadelig beïnvloed. 'n Klein aantal deelnemers per behandelingskondisie verminder weer potensieel die krag van die statistiese analises. Ten einde bekommernisse oor sogenaamde Tipe I- en Tipe II-foute te verminder, het hulle logies-verbandhoudende veranderlikes saamgegroepeer in herhaalde metings multiveranderlike variansie-analises (MANOVAs) waar moontlik. Opvolg-analises is vervolgens slegs gedoen na 'n beduidende omnibus-effek. Hulle het enkelveranderlike analises gedoen om te bepaal watter

veranderlikes bygedra het tot die omnibus-effek en om konvergensie met die multiveranderlike resultate te bewerkstellig. Voorkeur is egter gegee aan die interpretasie van multiveranderlike resultate om oorinterpretasie van toevalsbevindings op enkelmetings te voorkom.

Volgens Taylor et al. (1997) was daar in die meeste terapie-uitkomststudies wat hulle in 'n meta-analise betrek het 9 tot 13 deelnemers per kondisie wat behandeling voltooi het. Dit gee volgens hom 'n statistiese krag van 0,35 tot 0,50 wat beteken dat hierdie studies slegs 'n 35% tot 50% kans het om groot verskille tussen kondisies op te spoor. Gesien in die lig hiervan, is dit volgens Taylor et al. dus nie so verbasend dat verskillende studies sulke inkonsekwente resultate gelewer het nie. In die studie van Mattick en Peters (1988) was daar tussen 21 en 23 voltooiers per behandelingskondisie en in die studie deur Taylor et al. omtrent 25 per kondisie wat 'n statistiese krag van 0,54 vir mediumgrootte-verskille en 0,88 vir groot verskille gelewer het. Volgens Kazdin en Bass (1989) is omtrent 30 deelnemers per kondisie nodig vir genoegsame krag om verskille tussen twee aktiewe behandelings te bepaal. Meta-analitiese prosedures behoort die statistiese krag om differensiële effekte op te spoor, te verhoog. Behalwe vir die probleme wat verband hou met relatief klein steekproewe, steun narratiewe (i.e., beskrywende) oorsigstudies swaar op 'n vergelyking van statistiese beduidendheidsvlakke gebaseer op hulle prima facie waardes. Dit is egter 'n feit dat twee uitkomststudies wat baie van mekaar verskil wat beduidendheidsvlakke betref, ooreen mag stem wat hulle effekgroottes betref en visa versa (Rosenthal, 1983, 1991). Meta-analitiese prosedures word dus soms gebruik om probleme met klein steekproewe, toevallige beduidendheid en 'n oorinterpretasie van gegewens te beperk.

'n Vraag wat gevra kan word, is of die gebrek aan 'n duidelike aanduiding van watter tipe terapie die beste behandeling is vir sosiale fobie nie dalk verband hou met die feit dat daar by die meeste behandelings in elk geval nie juis ruimte vir verbetering is nie as gevolg van 'n soort plafon-effek. Dit word vervolgens bespreek.

4.9.9 'n Plafon-effek: Die aantal individue met sosiale fobie wat baat vind by behandeling

Alhoewel baie positiewe resultate in die literatuur gerapporteer is wat betref die kognitief-gedragsterapeutiese behandelings van sosiale fobie (bv. Feske & Chambless, 1995; Hope et al., 1993; Taylor, 1996; Turner, Cooley-Quille et al., 1996), is minder aandag geskenk aan hoeveel pasiënte werklik verbeter as gevolg van behandeling en die proporsie wat nie deur die huidige benaderings beduidend gehelp word nie. Turner, Beidel et al. (1996) het lig probeer werp op albei hierdie vrae. Hulle het 'n weieringskoers van 17% (i.e., diegene wat hulle nie aan 'n voorgestelde behandeling wou onderwerp nie) en 'n gemiddelde attrissie-koers van 14% in hulle ondersoek gevind. Dit wil dus voorkom asof ongeveer 31% van individue met sosiale fobie tans nie met sielkundige behandelings gehelp word nie. Dus, alhoewel 75% van die deelnemers in hulle ondersoek 'n na-behandelingsstatus van minstens matige eindstatusfunksionering bereik het, sal hierdie syfer, inaggenome die weierings- en uitvalsyfers, val na 52% (i.e., 75% van die 69% wat die behandeling voltooi en minstens matige eindstatusfunksionering gedemonstreer het). Hierdie syfer stem ooreen met soortgelyke data wat vir ander angsversteurings, soos die obsessieel-kompulsiewe versteuring, verkry is (Stanley & Turner, 1995).

4.10 OPSOMMING VAN DIE BELANGRIKSTE STANDPUNTE EN BEVINDINGS WAT DIE BEHANDELING VAN SOSIALE FOBIE BETREF

Opsommend kan die volgende standpunte en bevindings ten opsigte van die behandeling van sosiale fobie uitgelig word:

- Verskeie effektiewe behandelings is ontwikkel vir sosiale fobie en die beste resultate is behaal met farmakologiese en kognitief-gedragsterapeutiese intervensies.
- Dit wil voorkom asof farmakologiese behandeling met 'n antidepressant soos fenelsien (Nardil) en 'n kognitief-gedragsterapeutiese intervensie soos Heimberg se groepkognitiewegedragsterapie in die geheel beskou naastenby ewe effektief is. Daar is wel in minstens een studie gevind dat groepkognitiewegedragsterapie selfs tot 'n groter persentasie positiewe reageerders gelei het met geen beduidende terugval nie, terwyl groot terugvalle op fenelsien (Nardil) en moklobemiede (Aurorix) na staking daarvan gerapporteer is.
- Wat kognitief-gedragsterapeutiese behandeling betref, wil dit voorkom asof blootstelling alleen aan gevreesde sosiale situasies effektiewe behandeling vir sosiale fobie is, asof dit veral effektief is (beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling) om vermydingsgedrag by 'n spesifieke sosiale teikenfobie te verminder en ook asof een of ander vorm van blootstelling deel vorm van die effektiwste behandelings van sosiale fobie. *In vivo* blootstelling word deur sommige navorsers beskou as die standaardintervensie waarteen ander behandelings gemeet moet word.
- In 'n poging om behandelingseffektiwiteit te verhoog, is blootstelling gekombineer met onder andere ontspanningsopleiding in toegepaste ontspanning, sosialevaardigheid-opleiding in sosiale-effektiwiteitsterapie, en kognitiewe herstrukturering in byvoorbeeld groepkognitiewegedragsterapie. Volgens vergelykende behandelingsuitkomststudies wil dit voorkom asof die effektiwiteit van die verskillende behandelings nie in 'n groot mate van mekaar verskil het nie, dat dit ook geld vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling versus blootstelling alleen en blyk dit dus dat die byvoeging van die ander intervensies by blootstelling nie veel waarde gehad het nie.
- Wat kognitief-terapeutiese teorie betref is daar standpunte dat (a) kognitiewe verandering essensieel is vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie en dus vir die suksesvolle behandeling daarvan, (b) dit veral die kognitiewe veranderlike *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* is wat moet verander ten einde suksesvolle behandeling te verseker, (c) kognitiewe herstrukturering die beste (en dalk essensiële) benadering is om kognitiewe veranderlikes te wysig, en (d) dat die byvoeging van kognitiewe herstrukturering by blootstelling die effektiwiteit van laasgenoemde in die behandeling van sosiale fobie behoort te verhoog. Daar is egter ook teoretici wat toegee dat alhoewel dit waar mag wees dat kognitiewe verandering essensieel vir suksesvolle behandeling mag wees, kognitiewe intervensie dalk nie essensieel is om dit te bewerkstellig nie omdat die resultate van sommige uitkomststudies daarop dui dat blootstelling dit ook kan bewerkstellig. Dit wil egter ook voorkom asof blootstelling nie altyd daarin kon slaag om kognitiewe

veranderinge te bewerkstellig nie. In sommige studies is gevind dat verbetering op kognitiewe metings soms groter was na behandelings waarin kognitiewe herstrukturering betrek is as blootstellingsgebaseerde behandelings daarsonder, maar 'n bevinding wat net so dikwels gemaak word, is dié van ekwivalente kognitiewe verandering in vergelykende studies van die twee benaderings. Wat algemene verbetering van sosiale fobie na behandeling betref, is daar wel studies waarin superieure behandelingseffektiwiteit vir kognitiewe herstrukturering plus blootstelling in vergelyking met blootstelling alleen gedemonstreer is, maar dit is nie 'n onweerlegbare bevinding nie aangesien daar ook studies is waarin gelyke effektiwiteit gevind is.

- Dit is nie heeltemal duidelik watter van individuele of groepterapie die beste behandeling by sosiale fobie is nie, maar laasgenoemde is wel meer ekonomies en het ook sekere praktiese voordele.
- Daar is baie faktore wat bronne van “ware” of “fout” variansie kan wees, wat verantwoordelik kan wees vir die uiteenlopende resultate, en waarvoor daar gekontroleer moet word in behandelingsuitkomstudies.
- Daar is verskillende assesseringsprosedures (meetmiddels en –metodes) in uitkomstnavorsing oor die behandeling van sosiale fobie gebruik om 'n wye verskeidenheid van veranderlikes te meet, insluitende fisiologiese response, sosiale angs, vermyding, kognitiewe veranderlikes, algemene angs en depressie, in teikenfobie-situasies (idiosinkratiese tonele), spesifieke tipe situasies (bv. om in die openbaar te skryf) en in sosiale situasies in die algemeen. In die meeste uitkomstudies is verskeie afhanklike veranderlikes herhaaldelik gemeet en daar is die aanbeveling gemaak dat uitkomst op 'n breë basis ondersoek moet word deur onder andere 'n wye verskeidenheid van selfrapporteringsvraelyste in toekomstige navorsing te gebruik om verskeie dimensies van sosiale fobie te meet.
- Ongeveer 25% van individue met sosiale fobie wat kognitief-gedragsterapeutiese behandeling voltooi, vind nie klinies-betekenisvolle baat daarby nie en die syfer styg na byna 50% as dié wat behandeling wyer of voortydig uitval, bygetel word. 'n Plafon-effek kan dus nie vir die uiteenlopende resultate in vergelykende uitkomstudies verantwoordelik wees nie en dit laat nog steeds die uitdaging om meer effektiewe behandelings te ontwikkel. Behandelingseffektiwiteit sou dalk ook verhoog kon word deur bestaande behandelings op 'n bepaalde (tot dusver grootliks onbekende) wyse af te paar met een of meer van die volgende: (a) spesifieke tipes vrese (bv. teikenfobie- versus meer algemene sosiale fobie situasies), (b) dominante responssisteme (bv. “kognitiewe” reageerders), (c) diagnostiese subtypes sosiale fobie (bv. veralgemeende tipe), en (d) ko-morbiede versteurings (bv. persoonlikheidsversteurings). Groter duidelikheid oor die differensiële effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, oor dieselfde tydperk in groepformaat aangebied, en op 'n breë basis ondersoek by 'n groep met sosiale fobie, behoort met hierdie uitdaging te kan help.

4.11 SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUR EN PROBLEEMSTELLING

Sosiale fobie is 'n fobiese angsversteuring gekenmerk deur 'n intense, oormatige en voortdurende vrees vir en behoefte tot vermyding van sosiale situasies, of optrede voor ander, waarin die persoon aan onbekende persone of die betragting van ander blootgestel word. Die individu vrees dat hy/sy op 'n vernederende of embarraserende wyse sal optree, of angssimptome sal wys, en blootstelling aan die gevreesde sosiale situasie lei gewoonlik tot intense ang wat die vorm van 'n situasie-gebonde of situasie-gepredisponeerde paniekaanval mag aanneem. Sosiale fobie is 'n redelike algemene versteuring wat volgens die DSM-IV 3% tot 13% van die algemene populasie (11,1% van mans en 15,5% van vroue) die een of ander tydstop van hulle lewe beïnvloed. Daar is epidemiologiese ondersoeke waar leeftydsvaorkoms koerse van tot so hoog as 16 % gerapporteer is. Dit is die mees algemene fobie wat in die kliniese praktyk gesien word, verteenwoordig 25% van alle fobies, en is 'n probleem wat aanleiding kan gee tot ernstige ontwrigting, inkorting en benadeling van die beroeps-, huweliks-, en sosiale funksionering van diegene wat daaraan ly. Gebrekkige sosiale vaardighede kom dikwels voor, hierdie persone het minder sosiale ondersteuningsnetwerke en sal minder waarskynlik trou, en akademiese en beroepsfunksionering word dikwels ontwrig. Aansienlike somatiese simptome word dikwels in sosiale situasies ervaar en sosiale fobie hou met 'n verhoogde gebruik van angswerende middels verband. Daar is ook aanduidings van verhoogde alkoholgebruik om ang in sosiale situasies te verlig.

Ten spyte van genoegsame bewyse dat dit 'n onderskeibare versteuring van ander angsversteurings is, blyk sosiale fobie 'n heterogene versteuring te wees en verskeie vorme van diagnostiese subtipering is al deur navorsers voorgestel in 'n poging om hierdie heterogeniteit aan te spreek. So is dit in die DSM-III-R en DSM-IV hanteer deur die insluiting van 'n veralgemeende sub tipe van sosiale fobie. Hierdie sub tipe moet diagnosties so gespesifiseer word indien die persoon se vrese die meeste sosiale situasies insluit. In sulke gevalle moet 'n addisionele diagnose van vermydende-persoonlikheidsversteuring ook oorweeg word, hoewel twyfel in die literatuur bestaan oor die definisie of diagnostiese kriteria van vermydende-persoonlikheidsversteuring en dit ook betwyfel word of vermydende-persoonlikheidsversteuring wel 'n nosologiese entiteit apart van sosiale fobie is. Sosiale fobie kan ook met paniekversteuring met agorafobie, agorafobie sonder 'n geskiedenis van paniekversteuring, obsessief-kompuliewe versteuring, gemoedsversteurings, middelverwante versteurings en somatiseringsversteuring geassosieer wees.

Sosiale fobie begin tipies in die middel-tienerjare en kan ook in die kinderjare ontstaan. Dit is meer algemeen by eerstegraadse biologiese verwante, ontwikkel soms by persone met 'n kindergeskiedenis gekenmerk die sosiale inhibisie en skaamheid, kan skielik volg op 'n stresvolle of vernederende ervaring, of kan geleidelik ontwikkel. Die verloop is dikwels deurlopend en lewenslang.

Hoewel daar nog min bekend is oor die etiologie van sosiale fobie, word verskeie faktore ondersoek en suggereer beskikbare data dat veelvuldige faktore betrokke kan wees. Daar is aanduidings dat genetiese of ander biologiese faktore moontlik 'n rol speel, dat familie-omgewingsfaktore 'n belangrike invloed mag wees en daar is sprake van nie-spesifieke omgewingsfaktore.

Hoewel navorsing oor sosiale fobie oor die afgelope jare dramaties toegeneem het en navorsers 'n beter begrip van die aard en etiologie van die versteuring begin kry het en enkele behandelingsmetodes al effektief bevind is, word navorsing oor sosiale fobie steeds as 'n paar jaar agter dié van ander angsversteurings (bv. paniekversteuring en obsessief-kompulsiewe versteuring) beskou.

Die kognitiewe benadering word as een van die mees invloedryke benaderings ten opsigte van angsversteurings beskou en verskeie navorsers stel voor dat kognitiewe faktore veral by sosiale fobie relevant mag wees, aangesien kognitiewe manifestasies by hierdie versteuring opval. Beck se kognitiewe teorie van sosiale ang het heelwat aandag asook steun van daaropvolgende navorsing gekry. Heimberg se groep kognitiewe gedragsbehandeling van sosiale fobie, wat in die huidige studie gebruik is, is op hierdie teorie gebaseer. Navorsing is veral oor die volgende kognitiewe faktore en teorieë, wat met die kognitiewe model verband hou, gedoen: verwagtings van negatiewe sosiale gebeure; negatiewe kennisies en voor-ingesteldheid in selfbeoordeling; selektiewe en self-gefokusde aandag. Navorsing het ook bevestig dat verskeie kognitiewe verskynsels met sosiale fobie verband blyk te hou. Die volgende verskynsels is geïdentifiseer: wanaangepaste attribusie style; bevooroordeelde herroeping van negatiewe sosiale terugvoer; diskrepansie in self-evaluasie, tussen werklike eienskappe en eienskappe wat die deelnemer glo ander van hom / haar verwag om te hê; 'n verhoogde frekwensie negatiewe self-verwysende gedagtes; 'n afname in die frekwensie positiewe self-verwysende gedagtes. Meer onlangs het Rapee en Heimberg (1997) 'n kognitiewe-gedragsmodel van sosiale fobie voorgestel. Volgens die skrywers brei hulle uit op vorige modelle en fokus hulle op 'n kognitiewe perspektief, wat die mees logiese raamwerk vir 'n begrip van sosiale fobie bied, en wat algemeen in die behandelings- en navorsingsmetodes van sosiale fobie voorkom. Die model gaan van die aanname uit dat mense met sosiale fobie aanneem dat ander mense inherent krities is en hulle dus negatief sal evalueer, terwyl hulle fundamentele belang daaraan heg om positief deur ander geëvalueer word. Wanneer die persoon hom / haar in 'n sosiale of evaluasie-situasie bevind (of dit antisipeer, of in retrospek deurgaen) vorm hy / sy 'n kognitiewe voorstelling van hoe hy / sy aanneem die toeskouer(s) sy / haar voorkoms en gedrag sien. Hierdie voorstelling is op 'n losweg geïntegreerde amalgaan van informasie uit die langtermyn geheue, interne informasie (bv. fisiese simptome) en eksterne informasie (bv. terugvoer van toeskouers) gebaseer. Terselfdertyd fokus die persoon op enige waargenome bedreiging in die sosiale omgewing, wat vir 'n sosiaal fobiese persoon veral aanduidings van moontlike negatiewe evaluasie sal behels. Tesame met die voorafgaande formuleer die individu 'n voorspelling van die gehoor se verwagte standaard of norm vir optrede in die situasie. Dit word vergelyk met die gehoor se veronderstelde siening van die individu se voorkoms en optrede. Die diskrepansie wat so gevind word lei tot die waargenome waarskynlikheid van negatiewe evaluasie deur die toeskouers en die oorweging van negatiewe sosiale gevolge van die verwagte negatiewe evaluasie. So word verdere ang, wat fisiologiese, kognitiewe en gedragskomponente het, ontlok. Die individu se voorstelling van sy / haar voorkoms soos deur die toeskouers gesien, word beïnvloed deur hierdie manifestasies van ang, en die siklus word hernu.

Die oorsake van die verskynsel van aandagsverdraaiing by sosiale fobie vanuit 'n informasie-prosesseringsparadigma is hoofsaaklik ondersoek met behulp van 'n emosionele-Strooptaak. Die belangrikste kognitiewe teorieë oor die oorsake van aandagsverdraaiing is die skema-teorie van Beck en die assosiasie-netwerk-teorie van Bower. Beide berus op 'n informasie-prosesseringsparadigma. Baie

navorsing is met die emosionele-Strooptaak gedoen ten einde die verskynsel van aandagsverdraaiing te bestudeer. Eerstens is studies gedoen waarin emosionele-Stroopeffekte by bepaalde kliniese subgroepe, insluitende verskillende angsversteurings (ook sosiale fobie), aangetoon is. Tweedens is die oorsake en korrelate van die emosionele-Stroopeffekte ook in verskeie studies ondersoek, asook die onderliggende meganismes wat vermoed word daarvoor verantwoordelik is. Wat betref die oorsake en korrelate van emosionele-Stroopinmenging, is daar, ongeag die meganismes onderliggend aan die verskynsel, vordering gemaak in die identifisering van die kondisies wat daardie meganismes aktiveer. Eerstens kan sekere verklarings op grond van onlangse navorsing uitgeskakel word. Voor hierdie studies mag sommige persone dalk van die standpunt uitgegaan het dat emosionele-Stroopeffekte die gevolg is van 'n tydelike ontwrigting in prosessering veroorsaak deur 'n tydelike verhoging van angs as gevolg van die sien van 'n bedreigende woord. Die feit dat emosionele-Stroopinmenging ook op positiewe woorde voorkom, maak so 'n verklaring onwaarskynlik. Tweedens het die staat- versus trek-angs kwessie verder gevorder as die blote vraag of dit die een of die ander is wat die ontwrigting veroorsaak. Huidige vlak van staat-angs blyk nie konsekwent met die vlak van kleurbenoemingsinmenging verbind te wees nie, moontlik weens die feit dat staat-angs 'n taamlike growwe meting is van die staat van 'n persoon se huidige bekommernis. Verhoogde trek-angs was meer konsekwent met kleurbenoemingsinmenging op bedreigende materiaal geassosieer, en het verband gehou met die omvang van hierdie inmenging by beide klinies-angstige pasiënte en by deelnemers wat binne die normale dimensies van angstigtheid gevarieer het. Die vlak van trek-angs het nie geïnterageer met staat-angs nie, asook nie met die staat veroorsaak deur eksperimenteel gemanipuleerde mislukking tydens 'n studietaak nie, maar het wel tot gevolg gehad dat deelnemers meer geredelik inmenging gedemonstreer het tydens die langertermynstressor van geantisipeerde eksamens. Herstel van kliniese status is geassosieer met verlaagde kleurbenoemingsinmenging, alhoewel geen stres-toets met sulke herstelde pasiënte gedoen is om te bepaal of emosionele-Stroopprestasie dalk 'n merker van latente kwesbaarheid is nie. Kleurbenoemingsontwrigting is egter nie die algemene bevinding by nie-kliniese individue wat ten opsigte van trek-angs verskil nie.

Die afwesigheid van nie-behandelde kontrolegroepe in behandeling-uitkomstudies waarin die emosionele-Stroop gebruik is, veroorsaak dat die hele kwessie betreffende 'n ekspertise-verklaring vir Stroopeffekte tot dusver nog nie effektief aangespreek is nie. Die effek van behandeling van sosiale fobie op die emosionele-Stroopontwrigting is slegs in een studie ondersoek. 'n Beduidende verlaging van emosionele-Stroopontwrigting is vir 'n sosiaal-fobiese groep, wat effektief met kognitiewe herstrukturering plus blootstelling of met anti-depressiewe medikasie behandel is, gedemonstreer. Die effekte op die emosionele-Strooptaak was onbeduidend vir 'n groep wat nie beduidend na dieselfde behandelings verbeter het nie. 'n Kontrolegroep is nie in hierdie ondersoek betrek nie. Die effek van verskillende soorte behandeling op emosionele-Stroopontwrigting, is nog nooit in enige studie vergelyk nie.

Ongeveer driekwart van individue wat vir sosiaalfobie-behandel word, toon klinies-betekenisvolle verbetering, maar hierdie syfer val na byna 50% as dié wat behandeling weier of voortydig uitval, bygetel word. Wat behandeling betref, is daar dus nog ruimte vir verdere ondersoek en dit bly steeds 'n uitdaging om meer effektiewe behandelingsprosedures te ontwikkel, bestaande behandelings aan te pas, of om te bepaal watter tipe terapie die beste is vir watter tipe individu met sosiale fobie. Verskillende

behandelingsprosedures van sosiale fobie blyk effektief te wees, soos byvoorbeeld kognitief-gedragsterapeutiese goepsterapie deur Heimberg en sy kollegas. Dit is 'n behandeling wat gebaseer is op Beck se kognitiewe terapie vir angsversteurings en behels 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling. 'n Tweede effektiewe behandeling is sosiale-effektiwiteitsterapie deur Turner en sy kollegas, wat 'n kombinasie van sosialevaardigheid-opleiding en blootstelling behels. Derdens blyk farmakologiese behandeling van sosiale fobie met 'n antidepressiewe middel soos fenelsien ook effektief te wees. In totaliteit beskou (volgens talle behandelingsuitkomststudies) wil dit voorkom asof hierdie genoemde behandelingsprosedures nie beduidend van mekaar verskil wat effektiwiteit betref nie, alhoewel daar wel beduidende verskille in behandelingseffektiwiteit in individuele vergelykende uitkomstsondersoeke gevind. Dit beklemtoon ook die wenslikheid en waarde van vergelykende uitkomststudies om die differensiële effektiwiteit van verskillende behandelings eksperimenteel te ondersoek.

Wat kognitiewe gedragsterapie betref, wil dit voorkom asof blootstelling alleen aan gevreesde sosiale situasies effektiewe behandeling vir sosiale fobie is, asof *in vivo* blootstelling veral effektief is (beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling) om vermydingsgedrag by 'n spesifieke teikenfobie (i.e., skriptofobie: vrees om in die openbaar te skryf) te verminder en asof een of ander vorm van blootstelling deel vorm van die effektiefste behandelings. Blootstelling word beskou as die standaardintervensie vir fobies en ander angsversteurings, en is al beskryf as die "kritiese bestanddeel van effektiewe terapie, en *in vivo* blootstelling as die "goudstandaard" waarteen ander behandelings gemeet moet word. Uitkomststudies oor die behandeling van sosiale fobie het nie net teenstrydige resultate gelever wat betref die differensiële effektiwiteit van algemene kognitiewe-gedragsterapeutiese benaderings nie, maar meer spesifiek ook wat betref die vergelyking van verskillende variasies van blootstelling met behandelings waar dit gekombineer word met kognitiewe herstrukturering. Die verwagting dat kognitiewe herstrukturering die effek van blootstelling behoort te verbeter (i.e., versterk/aanvul/fassiliteer), en dus dat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter behandeling by sosiale fobie behoort te wees as blootstelling alleen, is gebaseer op 'n verskeidenheid van standpunte en navorsingsbevindings, insluitende die volgende:

- Studies waarin gevind is dat verbetering op kognitiewe metings soms groter was na behandelings waarin kognitiewe herstrukturering betrek is as na blootstelling-gebaseerde behandeling daarsonder;
- bevindings dat verlagings in *gedagte-disfunksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* geassosieer word met verbetering in algemene sosialefobie-simptomatologie; en
- standpunte dat kognitiewe herstrukturering die beste benadering is om kognitiewe veranderlikes soos *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* en *gedagte-disfunksionaliteit* te wysig.

Dit mag dalk wel so wees dat die superioriteit van kognitiewe herstrukturering bo blootstelling alleen dalk vir effekte op strategiese (bewustelike) tipe gedagtes, soos *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* en *gedagte-disfunksionaliteit* se verbale inhoud geld, maar dit beteken nie dat dit noodwendig ook geld wat betref hulle effek op *aandagsverdraaiing*, wat gebaseer is op onbewustelike (outomatiese) kognitiewe prosesse nie. Dit is ook moontlik dat kognitiewe verandering dalk essensieel mag wees vir die suksesvolle behandeling van sosiale fobie, maar dat kognitiewe intervensies dalk nie essensieel is om dit te

bewerkstellig nie, aangesien blootstelling dit ook kan teweegbring. Daar is egter wel in sommige studies gevind dat blootstelling nie altyd daarin slaag om kognitiewe veranderinge te weeg te bring nie.

Uitkomstudies oor sosiale fobie waarin gevind is dat blootstelling alleen net so goed of beter as kognitiewe herstrukturering plus blootstelling gevaar het of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling beter resultate gelewer het as blootstelling alleen kan om verskeie redes, insluitende die volgende, gekritiseer word.

- Die bepaalde studie was nie 'n ware toets is vir 'n geïntegreerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling behandeling nie omdat die twee komponente apart van mekaar aangebied was.
- Dit het uit meer komponente as slegs kognitiewe herstrukturering en blootstelling bestaan en ontspanningsopleiding en aandagsafleiding ingesluit.
- Dit het deelnemers betrek met spesifieke vrese soos om in die openbaar te eet, te skryf of te drink, en nie dié met algemene, interaksionele vrese nie.
- Dit was 'n studie waarin behandeling wat as “blootstelling alleen” beskryf is, in werklikheid nie blootstelling alleen was nie omdat dit ook 'n komponent van aandagskontrole-terapie bevat het. 'n Groep wat hierdie behandeling ontvang het, is vergelyk met 'n ander groep wat kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het. Die twee groepe het dus ewe veel blootstelling aan gevreesde (gesimuleerde) situasies tydens die groepterapie sessies ontvang en derhalwe beantwoord die studie dus nie die vraag oor watter een van die twee benaderings die beste is om te volg binne 'n bepaalde tydspanne nie.

Op grond van die voorafgaande bespreking blyk dit dat daar nog nie 'n afdoende antwoord oor die relatiewe effektiwiteit van 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling versus blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie in uitkomstudies tot op hede verskaf is nie. Op grond hiervan word die volgende vraag deur die huidige studie ondersoek: hoe vergelyk die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepterapie-formaat, in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese?

In Hoofstuk 5 word die metode wat gevolg is om hierdie navorsingsvraag te beantwoord, beskryf.

5. METODE VAN ONDERSOEK

5.1 PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLINGS EN HIPOTEESES

5.1.1 Probleemstelling

Uit die voorafgaande oorsig van die literatuur blyk dit dat onduidelikheid bestaan oor die vraag of kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n meer effektiewe intervensie as blootstelling alleen is in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese.

5.1.2 Doelstelling en doelwitte

Op grond van hierdie probleem is die breë doelstelling van die huidige ondersoek om die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepterapie-formaat, in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese, te ondersoek en te vergelyk.

Die spesifieke doelwitte van die huidige studie was om vas te stel of

- 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die effekte daarvan gehandhaaf sou word oor 'n opvolgperiode van 3 maande;
- blootstelling alleen, effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die behandelingseffekte van blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode;
- die twee behandelingspakkette, naamlik kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, wat effektiwiteit betref verskil het; en
- indien wel, of die verskille tussen die effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode.

5.1.3 Hipoteses

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte, is die volgende hipoteses gestel:

- 5.1.3.1 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike

veranderlikes (*teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

- 5.1.3.2 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.3 In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemenesimptomatologie, sosialefobie-vermyding/ongemak en sosialefobie-ongemak/belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê. (Hierdie veranderlikes sal verduidelik die sosialefobie- afhanklike veranderlikes genoem word).
- 5.1.3.4 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.5 In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.6 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.7 In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.8 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.9 In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.10 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.11 In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.12 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- 5.1.3.13 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.14 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.15 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.16 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.17 Blootstelling alleen sal in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie-afhanklike veranderlikes tot gevolg hê.
- 5.1.3.18 Die beduidend groter verbeterende effek van blootstelling alleen in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die metings van die teikenfobie-afhanklike veranderlikes, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.19 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie-afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling nie.
- 5.1.3.20 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie-afhanklike veranderlikes aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.
- 5.1.3.21 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling sal in vergelyking met blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 5.1.3.22 Die beduidend groter verbeterende effek van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling as blootstelling alleen op die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 5.1.3.23 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van behandeling nie.
- 5.1.3.24 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

5.1.3.25 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling nie.

5.1.3.26 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

5.2 NAVORSINGSONTWERP

Hierdie ondersoek is op 'n toets-hertoets-opvolgontwerp gebaseer. Pasiënte wat aan die *DSM-IV-kriteria* vir sosiale fobie voldoen het, is aan een van twee behandelingskondisies (kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineerd of blootstelling alleen) of 'n waglys-kontrolekondisie toegewys. Meting het voor behandeling, direk na afloop daarvan en weer by opvolg (3 maande vanaf die beëindiging van behandeling) plaasgevind.

5.3 DEELNEMERS

5.3.1 Beskrywing van die deelnemers

Vier-en-veertig persone wat aan die *DSM-IV-kriteria* (American Psychiatric Association, 1994) vir sosiale fobie voldoen het, het aan die studie deelgeneem. Die ouderdom van die groep het tussen 21 en 68 jaar (Gem = 37.34; SA = 11.07) gewissel. Daar was 14 manlike en 30 vroulike deelnemers.

Die deelnemers is aan twee behandelingsgroepe ('n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsgroep en 'n groep wat blootstelling alleen ontvang het) van 16 lede elk en 'n waglys-kontrolegroep van 14 lede toegewys. Elke behandelingsgroep is vir behandelingsdoeleindes in twee subgroepe van 8 deelnemers elk verdeel. Een subgroep van elke behandelingskondisie en die helfte van die kontrolegroep is eers saamgestel. Die eerste persoon wat as deelnemer gekwalifiseer het, is aan die kognitiewe herstrukturering plus blootstelling subgroep toegewys, die tweede aan die subgroep wat net blootstelling ontvang het en die derde aan die kontrolegroep, waarop daar weer met toewysing by die kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsubgroep begin is. Dieselfde toewysingsproses is herhaal vir die tweede stel subgroepe. Twee vroulike deelnemers, 1 uit elkeen van die behandelingsgroepe, het by die aanvang van die eerste behandelingssessie uitgeval. Elke behandelingsgroep het dus uiteindelik uit 15 deelnemers bestaan wat die behandelings voltooi het.

Die groep wat die gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstelling ontvang het ($n=15$), het uit 8 vroue en 7 mans bestaan. Hulle gemiddelde ouderdom was 32.67 jaar (SA = 7.60). Agt persone was getroud, 6 was enkellopend en 1 was in 'n saamwoon-verhouding. Drie deelnemers se hoogste kwalifikasie

was Graad 12, terwyl 8 oor 'n diploma of eerste graad beskik het en 4 naskoolse opleiding van meer as 3 jaar gehad het.

Die groep wat met blootstelling alleen behandel is ($n=15$), het uit 12 vroue en 3 mans bestaan. Hulle gemiddelde ouderdom was 36.53 jaar ($SA = 9.61$). Van hulle was 8 getroud, 5 enkellopend en 2 was geskei. Drie deelnemers in hierdie groep se hoogste kwalifikasie was laer as Graad 12, vyf deelnemers se hoogste kwalifikasie was Graad 12, terwyl 6 'n diploma of 3-jarige graad en 1 naskoolse opleiding van langer as 3 jaar voltooi het.

Die waglys-kontrolegroep ($n=14$) het uit 10 vroue en 4 mans bestaan, met 'n gemiddelde ouderdom van 43.21 jaar ($SA = 13.44$). Ses was getroud, 4 was enkellopend, 1 was in 'n saamwoon-verhouding, 2 was geskei en 1 was 'n weduwee. Sewe deelnemers het Graad 12 voltooi, 6 'n diploma of 3-jarige graad en 1 het meer as 3 jaar- naskoolse opleiding gehad.

5.3.2 Seleksiekriteria en –proses

Die volgende het as insluitingskriteria gedien:

- 'n Kliniese diagnose van sosiale fobie, soos met behulp van die Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988), geëvalueer;
- Aanduidings dat die bywoning van al die evaluasie- en terapie-sessies prakties haalbaar was.

Die volgende uitsluitingskriteria het gegeld:

- 'n Diagnose van 'n kognitiewe versteuring, psigotiese versteuring, middelverbandhoudende versteuring, of enige ander prominente As I- of As II-versteuring (buiten vermydende-persoonlikheidsversteuring) in terme van die *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994);
- 'n Geskiedenis van alkohol- of middelmisbruik sonder 'n voorafgaande periode van ten minste 6 maande van onthouding;
- Ouderdom van jonger as 18 jaar;
- Die gebruik van anti-depressante vir 'n korter tydperk as 3 weke op die stadium toe die seleksie gedoen is;
- Nie Afrikaans of Engels magtig nie;
- Die aanwesigheid van kleurblindheid.

Deelnemers is gewerf deur middel van kennisgewings aan ongeveer 300 algemene mediese praktisyns en die projek is ook bekend gestel deur middel van 'n brief en 'n artikel, wat onderskeidelik in twee populêre tydskrifte gepubliseer is, en kennisgewings in plaaslike koerante. Praktiserende kliniese sielkundiges in die Wes-Kaap en die Geestesgesondheid Inligtingsentrum van Suid-Afrika het ook kennis gedra van die projek en potensiële deelnemers verwys.

Ses-en-tagtig potensiële deelnemers is aanvanklik op die wyse geïdentifiseer. Na afloop van die seleksieproses en na onttrekking deur enkele potensiële deelnemers om persoonlike redes, was daar 62 persone wat aan die seleksie-kriteria voldoen het. Ses-en-veertig van hierdie persone is by die huidige studie betrek, terwyl die oorblywende 16 persone aan 'n ander behandelingsprogram deelgeneem het, wat nie deel van die huidige studie uitgemaak het nie.

Die seleksieproses het bestaan uit 'n telefoniese siftingsonderhoud, 'n kliniese onderhoud wat uit 'n gedetailleerde evaluasie bestaan het, en die voltooiing van 'n biografiese vraelys. Die inhoud van hierdie seleksieproses, wat vervolgens in meer detail beskryf sal word, is op die ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) gebaseer. Meer detail oor die ADIS-R en hoe dit in hierdie studie gebruik is, volg in Afdeling 5.5.2.

Belangstellende persone of diegene wat vir behandeling verwys is, het telefonies geskakel. Tydens die gesprek is 'n voorlopige siftingsonderhoud deur 'n kliniese sielkundige (wat later tydens die groepsterapie die ko-terapeut saam met die huidige navorser was) met elke potensiële deelnemer gevoer. Hiertydens is 'n voorlopige beoordeling gemaak van die aanwesigheid van sosiale fobie, sowel as die ander insluitings- en uitsluitingskriteria. Praktiese oorwegings is ook bespreek ten einde sekerheid te kry dat die persoon wel die volle behandeling sou kon volg. Van die 86 persone met wie telefoniese siftingsonderhoude gevoer is, is 74 geïdentifiseer wat vir die finale seleksie gekwalifiseer het. Hiervan het 5 persone om persoonlike of praktiese redes uitgeval, sodat 69 persone aan die finale seleksie deelgeneem het.

Na die telefoniese siftingsonderhoud is 'n biografiese vraelys aan die 69 persone wat vir die kliniese onderhoud gekwalifiseer het, gestuur. Die biografiese vraelys het inligting ingesluit soos adres en telefoonnommer, geboortedatum, ouderdom, geslag, huweliksgeskiedenis, informasie met betrekking tot kinders, die opvoedkundige en beroepsgeskiedenis van die potensiële deelnemer sowel as sy / haar eggenoot / eggenote, kerkverband, huisdokter, huidige sowel as vorige mediese en psigiatrisiese geskiedenis, tabak-, kafeïen- en alkoholgebruik, oefening, stokperdjies en ontspanning en familiegeskiedenis van sielkundige probleme.

'n Kliniese onderhoud is hierna geskeduleer en deur dieselfde kliniese sielkundige gevoer. Die doel met hierdie onderhoud was om met behulp van die ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) 'n gedetailleerde evaluasie van sosiale fobie te maak, asook om vir die aanwesigheid van ander sielkundige versteurings te evalueer. Daar is ooreenkomstig die ADIS-R begin deur 'n beskrywing van presenterende klagtes te bekom, waarop daar vir veranderings of probleme in verskillende lewensareas (gesin / verhoudings, geregtelike sake, werk / studie, finansiële, gesondheid) geëvalueer is. Sosialefobie-simptomatologie en -etiologie is vervolgens in detail geëvalueer. Indien daar ook aanduidings van 'n depressie was, is dit verder geëvalueer met behulp van die Hamiltonskaal vir Depressie (Hamilton, 1960) wat vir opsionele toepassing in die ADIS-R ingesluit word. Die inligting is gebruik om 'n volledige vyf-assige diagnose te maak en die graad van erns van die As I-, II- en III-diagnoses te beoordeel. Indien sosiale fobie wel die mees prominente probleem was, is 'n Kontrolelys vir Uitsluitingskriteria, wat deel vorm van Heimberg (1991) se handleiding vir sy

groepkognitiewegedragsterapieprogram, wat in die studie gebruik is, deurgewerk ten einde 'n finale besluit oor die persoon se deelname aan die studie te neem. Op hierdie wyse is 62 persone geïdentifiseer wat aan die kriteria vir deelname voldoen het en waarvan 46 aan die huidige studie deelgeneem het.

5.4 MEETINSTRUMENTE

5.4.1 Gestruktureerde onderhoud vir die seleksie van deelnemers: Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988)

Die ADIS-R is as siftingsinstrument ingesluit ten einde 'n diagnose van sosiale fobie te bevestig en om te evalueer vir die teenwoordigheid van ander versteurings. Dit is 'n gestruktureerde onderhoud vir die differensiële diagnose van die angsversteurings volgens die *DSM-III-R* kriteria, en gee gedetailleerde informasie vir funksionele analyses van die angsversteurings.

Die onderhoud begin met 'n gedeelte oor demografiese en beroepsinligting, gevolg deur 'n verduideliking van die doel van die onderhoud, waarna 'n kort beskrywing van presenterende klagtes bekom word. Die daaropvolgende afdelings behels evaluasies vir die verskillende kategorieë van angsversteurings. Aangesien depressie dikwels deel van die kliniese beeld van angsversteurings vorm, kan die onderhoud ook gebruik word om vir major depressie en distimie te evalueer en om te bepaal of die depressiewe simptome primêr of sekondêr tot die angsversteuring is. Daar kan ook vir manie, siklotimiese versteuring, alkoholisme en middelsmisbruik getoets word en voorsiening vir die afneem van 'n psigiatriese geskiedenis word ook gemaak. Fisiologiese simptomatologie is ter sprake by angsversteurings en 'n afdeling is ingesluit om vir somatoforme versteurings te evalueer. Vrae is ook ingesluit oor huidige en vorige gebruik van medikasie, tabak en kaffeïen en oor 'n familie-geskiedenis van psigiatriese versteurings. Inligting uit die onderhoud word gebruik vir die beskrywing van die kliniese beeld en onderhoudsgedrag en lei tot 'n vyf-assige DSM-diagnose en 'n beoordeling van die graad van erns van die As I-, II- en III-diagnoses, op 'n 8-punt kliniese beoordelingskaal. Die Hamiltonskale vir ang en depressie is vir opsionele toepassing in die ADIS-R ingesluit en behels 'n omvattende klinikus-beoordeling van huidige ang of depressiewe simptomatologie en verskaf kwantifiseerbare resultate vir vergelyking met ander kliniese populasies.

In die evaluasie van 'n bepaalde versteuring bepaal die antwoorde wat die deelnemer verskaf of daar voortgegaan moet word met die evaluasie van die bepaalde versteuring en of daar aanbeweeg word na 'n volgende afdeling. In die afdeling oor sosiale fobie word pasiënte gevra om hulle vlakke van vrees en vermyding in 11 sosiale situasies wat dikwels deur persone met sosiale fobie gevrees word (soos partytjies, vergaderings, gebruik van publieke toilette, eet, skryf en praat in die openbaar, inisiëring of handhawing van 'n gesprek en interaksie met outoriteitsfigure), op 'n 0 tot 4-puntskaal te beoordeel. Hulle word ook gevra wanneer hierdie vrese die eerste maal ervaar is, en of die vrees / ang en vermyding deur die formaliteit van die situasie, die grootte van die groep of die mate van bekendheid beïnvloed word.

Hoewel die ADIS-R op die *DSM-III-R* gebaseer is, is dit tog moontlik om 'n *DSM-IV* diagnose van sosiale fobie met behulp van die ADIS-R te maak. Die diagnostiese kriteria van die *DSM-III-R* en *DSM-IV* vir sosiale fobie is wel verskillend, maar volgens die *DSM-IV* is die enigste noemenswaardige verskil tussen die *DSM-III-R* en *DSM-IV* diagnoses van sosiale fobie dat die *DSM-III-R* diagnose van Vervormingsversteuring van Kindertyd by die *DSM-IV* diagnose van sosiale fobie geïnkorporeer is.

Die ADIS-R is 'n internasionaal-erkende instrument vir die diagnose van angstersteurings (Heimberg, Mueller, Holt, Hope, & Liebowitz, 1992), met gedemonstreerde betroubaarheid (Heimberg, Bruch et al., 1990). Barlow (1987) het 'n betroubaarheidsindeks van 0.91 (kappa) vir die diagnose van sosiale fobie gerapporteer. Sedertdien is hoë koerse van interbeoordelaar-betroubaarheid vir die diagnose van sosiale fobie op 'n deurlopende grondslag in die literatuur vermeld. Barlow en DiNardo (1991) het 'n kappakoëffisiënt van 0.87 gerapporteer en in 1993 het DiNardo, Moras, Barlow, Rapee en Brown (1993), 'n kappa van 0.79 gerapporteer. Beidel, Borden, Turner en Jacob (1989), Beidel et al. (1993), Turner, Beidel, Long et al. (1992), Turner, Beidel, Long et al. (1993), Turner, Beidel en Townsley (1992) en Turner, Beidel en Wolff (1994) het almal kappa-koëffisiënte van 1.0 vir interbeoordelaar- betroubaarheid vir sosiale fobie gevind.

Die ADIS-R is soos volg in die seleksie-prosedure van die huidige studie gebruik:

- Die vraelys waarmee die ADIS-R begin, is in die biografiese vraelys opgeneem.
- Die sifting vir die verskillende angstersteurings in die ADIS-R is in die telefoniese siftingsvrae opgeneem.
- Die ADIS-R afdelings oor alkohol, middels, psigiatriese geskiedenis, medikasie en tabak- en kafeïenverbruik, en familiegeskiedenis van sielkundige versteurings is in die telefoniese siftingsvrae sowel as die biografiese vraelys opgeneem.
- Die aanvanklike oorsigtelike evaluasie van presenterende klagtes van die ADIS-R is net so ter aanvang van die kliniese onderhoud gebruik, waarna voortgegaan is met die ADIS-R se gedetailleerde evaluasie van sosialefobie-simptomatologie en etiologie.
- Die Hamilton Depressieskaal wat as 'n opsionele afdeling in die ADIS-R ingesluit is, is tydens die kliniese onderhoud gebruik wanneer daar aanduidings van 'n depressiewe versteuring was.

5.4.2 Vraelyste en metingskale

5.4.2.1 Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979)

Die FQ is deur Marks en Mathews (1979) ontwikkel om die vergelykbaarheid van navorsingsresultate oor fobiese versteurings te fasiliteer. Hulle doel was om 'n kort, betroubare en geldige meetmiddel op te stel waarvan die resultate roetinegewys gebruik sou kon word as kriteria vir erns en uitkoms in studies met fobiese pasiënte. Die resultaat was 'n kort, standaard selfbeoordelaarsvorm.

Die FQ het ontwikkel uit verskillende metingskale vir verskeie fobiese versteurings. Drie bronne van variasie in tellings is in gedagte gehou by die ontwikkeling van hierdie skale en die FQ. Die eerste het verband gehou

met die spesifiekheid van die situasie wat beoordeel moes word. Aan die een kant kon dit 'n baie spesifieke situasie (teikenfobie) vir 'n bepaalde individu wees, of 'n meer globale fobiese evaluasie waar 'n reeks verteenwoordigende situasies beoordeel moes word. 'n Voorbeeld van 'n teikenfobie-situasie wat vir 'n bepaalde pasiënt met sosiale fobie deur 'n klinikus geïdentifiseer kan word, is die volgende: "Om 'n heildronk op 'n bruidspaar in te stel." By 'n meer globale evaluasie van sosiale fobie, sou die beskrywing kon wees "My fobie" en/of 'n hele reeks van tipiese sosiale fobie situasies ten opsigte waarvan die pasiënt dan sy/haar verwagte respons (bv. mate van vermyding) op 'n selfbeoordelingskaal moes aandui. Volgens Marks en Mathews (1979) is teikenbeoordelings sensitiewe aanduiders van verandering in spesifieke areas, terwyl globale evaluasies aanduidings gee van die impak van die hele fobiese probleem op die pasiënt.

Die tweede oorweging en bron van variasie van tellings het verband gehou met die spesifikasie van die ankerpunte in die skale. 'n Ankerpunt is 'n punt op 'n beoordelingskaal wat 'n spesifieke kwaliteit (bv. "effense") en/of hoeveelheid (bv. "2") van 'n eienskap wat beoordeel word (bv. "vermyding") verteenwoordig. In die ontwikkeling van die skale wat die voorlopers van die FQ was, het Marks en sy medewerkers aanvanklik fobiese *angs* en fobiese *vermyding* gekombineer as ankerpunte (Gelder & Marks, 1966). Daarna het hulle dit geskei en as aparte skale vir die meting van fobiese angs en fobiese vermyding gebruik, maar aangesien die twee veranderlikes so hoog gekorreleer het, byvoorbeeld $r = 0.90$ (Watson & Marks, 1971) en $r = 0.80$ (Hafner & Marks, 1976), het hulle teruggekeer na die oorspronklike formaat van die ankerpunte waar angs en vermyding gekombineer is. Dit het ontwikkel tot die FQ wat 'n skaal is wat vermyding as gevolg van "vrees en ander onaangename gevoelens" in 'n verskeidenheid van fobiese situasies meet. In die FQ word slegs vermyding in die ankerpunte gebruik (bv. "Markedly avoid it", wat ooreentem met 'n waarde van 6 op 'n 9-puntskaal) en die pasiënt moet op hierdie skaal die mate aandui waarin hy/sy dink hy/sy 'n beskryfde fobiese situasie (bv. 'n bepaalde sosiale fobie teikensituasie) sal vermy. Die items (fobie-situasies) moet beoordeel word op grond van "(avoidance) because of fear or other unpleasant feelings" (p. 264).

'n Derde oorweging het verband gehou met die aantal ankerpunte wat gebruik word. Marks en Mathews (1979) beveel die gebruik van 9 punte aan (d.w.s. 'n 0 tot 8-puntskaal) en laat hulle soos volg daaroor uit: "Our impression concurs that increasing the number of anchoring points beyond nine probably does not increase discrimination and is a reason for not doing so, though reducing the number of available points to five or less may impair it" (p. 263).

Die FQ lewer die volgende vier metings:

- (1) *Hoof-teikenfobie* wat die pasiënt behandel wil hê. Die pasiënt beskryf dit in sy eie woorde (bv. "Om 'n heildronk op 'n bruidspaar in te stel"). 'n Idiosinkratiese hoof-teikenfobie word vir elke pasiënt geïdentifiseer. Hy/sy dui dan op 'n 0 tot 8-punt Likert-tipe beoordelingskaal die mate aan waarin hy/sy dit sal vermy as gevolg van vrees of ander onaangename gevoelens (waar 0 = "sal dit nie vermy nie", 2 = "sal dit effens vermy", 4 = "sal dit definitief vermy", 6 = "sal dit sterk vermy" en 8 = "sal dit altyd vermy").

In die huidige ondersoek is hierdie skaal genoem die Fear Questionnaire – Target Phobia (FQ-TP) en is dit gebruik om die veranderlike *teikenfobie-vermyding* te meet.

- (2) *Globale fobie*. Dit word op 'n soortgelyke 9-puntskaal soos vir Teikenfobie beoordeel en verskyn heel laaste op die FQ-vorm. Die pasiënt moet die huidige staat van sy/haar fobiese simptome beoordeel en die mate aandui wat hy/sy dit as "steurend/belemmerend" beskou; dus 'n kombinasie van twee veranderlikes as ankerpunte op die skaal, wat volgens Marks en Mathews (1979) beide ongemak en vermyding reflekteer. Marks en Mathews noem ook dat hierdie skaal die ervaring van algemene lewensontwrigting meet en dat die pasiënt se beoordeling afhang van hoe belangrik die vermyde situasie vir hom/haar is. Dit wil dus voorkom asof hierdie subskaal die steurende en belemmerende effek van die fobiese simptome meet, wat subjektiewe ongemak, sowel as die ontwrigtende/benadelende effek op die individu se alledaagse lewe en rolfunksionering insluit. Die subjektiewe ongemak word ook beklemtoon deur Marks en Mathews se verwysing na 'n veranderlike wat hulle as globale fobiese ongemak beskryf. Op die vorm wat in die huidige ondersoek gebruik is, word die steurende en belemmerende effek van sosialefobie-vermyding dus gemeet. Die skaal word die Fear Questionnaire – Disturbance Scale (FQ-DS) genoem en word gebruik om die veranderlike *sosialefobie-ongemak/belemmering* te meet.
- (3) *Vrees-vraelys*. Die pasiënt gebruik dieselfde 9-puntskaal soos wat in Item 1 (Teikenfobie) gebruik is, ten einde vermyding van 'n reeks situasies (Items 2-16) te beoordeel. In die volledige FQ lewer dit drie fobiese subtellings, naamlik agorafobie, fobie vir bloed/beserings en sosiale fobie-situasies. Slegs die sosialefobie-subskaal (5 items) is in die huidige ondersoek gebruik en verskyn as Items 2-6 op die vorm. In die huidige ondersoek is die skaal die Fear Questionnaire – Social Phobia (FQ-SP) genoem en is dit gebruik om die veranderlike *sosialefobie-vermyding* te meet.
- (4) *Angs-depressie*. Dit behels 'n beskrywing en beoordeling van vyf algemene nie-fobiese simptome, aanduidend van algemene affektiewe versteuring. Hierdie skaal is nie in die huidige ondersoek gebruik nie.

Marks en Mathews (1979) het die hertoetsbetroubaarheid van die FQ, met 'n tydsverloop van 7 dae tussen metings, by 20 fobiese pasiënte ondersoek en vermeld koëffisiënte van 0.93 vir die teikenfobie-subskaal (Gem.=7, SA=2.1), 0.82 vir die 5-item sosialefobie-subskaal (Gem.=15, SA =8.5) en 0.79 vir die globale fobie-subskaal wat die effek van die fobiese simptome (i.e., mate van belemmering) meet (Gem.=15, SA =8.5). Interne betroubaarheid, gereflekteer deur die korrelasie van elke individuele item van die vrees-vraelys met die totale van elke subskaal waarvan dit deel vorm, het koëffisiënte van 0.5 of groter gelever.

Marks en Mathews (1979) noem dat, in hulle ondersoek, die interkorrelasies tussen die tellings van die vier skale verbasend laag was, maar dat dit waarskynlik toegeskryf kan word aan die feit dat dit veranderlikes meet wat verskillende aspekte van die fobiese probleem vorm. Hulle verwys na navorsing deur ander wat daarop dui dat die vrees-vraelys die kliniese status van pasiënte reflekteer, asook na 'n studie deur hulself wat aangetoon het dat die FQ sensitief is vir kliniese verbetering na behandeling. In hierdie ondersoek is 26 fobiese pasiënte (waarvan 8 met sosiale fobie) met *in vivo* blootstelling behandel. Die gemiddelde telling vir

die hoof-teikenfobie is verlaag van 7.0 na 3.8, die globale fobie-telling van 5.7 na 3.1 en die gemiddelde telling vir die sosialefobie-subskaal vanaf 16 na 13 vir die totale groep en vanaf 21.5 na 15.8 vir die sosiale fobie-subgroep.

5.4.2.2 Teikenfobieskale (TEIK Skale)

Die multidimensionale struktuur van angste en fobies (Barlow, 1988; Lang, 1968, 1971; Marks, 1987) blyk uit die feit dat verskillende dimensies soos subjektiewe belewenis van vrees, verskillende fisiologiese reaksie, kognisies en verrydingsgedrag onderskei en gemeet kan word. Dit het onder andere bygedra tot die ontwikkeling van die groot aantal meetmiddels wat vandag beskikbaar is vir die meting van angste, fobies en verskillende dimensies van elkeen. Hierby ingesluit is dié waarmee gepoog is om vier responsstelsies (verbandhoudende, maar onderskeibare dimensies) van angste te meet (bv. Koksall & Power, 1990), sowel as talle instrumente, tegnieke en benaderings wat ontwikkel is vir die meting van die verskillende dimensies van sosiale fobie (Glass & Arnkoff, 1989).

Aangesien daar nie 'n skaal beskikbaar is wat die meerdimensionele aard van 'n teikenfobie, wat spesifiek deel van 'n sosiale fobie vorm, kan meet en dus as 'n meer omvattende maatstaf daarvan kan dien nie, is besluit om as deel van die huidige ondersoek 'n reeks skale te ontwikkel wat gebruik sou kon word vir die opstel van 'n indeks van teikenfobie as meerdimensionele veranderlike. Wat formaat betref, is besluit op dieselfde 0 tot 8-punt Likert-tipe beoordelingskaal wat in die FQ gebruik is. Toe die FQ beskryf is, is genoem dat 'n idiosinkratiese teikenfobie vir elke deelnemer geformuleer word en dat dit gebruik word by die toepassing van die FQ-TP skaal. Dieselfde teikenfobie word gebruik (d.w.s., neergeskryf en aan die toetsling voorgelê) en op grond van die volgende vyf TEIK Skale beoordeel.

Skaal 1 (TEIK1): Angstigtheid en vrees vooraf, dit wil sê, in antisipasie van die teikenfobie-situasie;

Skaal 2 (TEIK2): Angstigtheid en vrees tydens die situasie;

Skaal 3 (TEIK3): Behoeftes of drang om die situasie te wil verry of om daaruit te probeer ontsnap;

Skaal 4 (TEIK4): Aktiewe, werklike verryding van die situasie; en

Skaal 5 (TEIK5): Aktiewe, werklike ontsnapping uit die situasie.

Aangesien die huidige navorser uit kliniese ondervinding bewus was van die feit dat individue se reaksies in teikenfobie-situasies dikwels deur die gebruik van kalmeermiddels (medikasie en/of alkohol) beïnvloed word, is een stel meetmiddels (vyf skale) opgestel vir situasies waarin die deelnemers moes reageer asof hulle geen kalmeermiddels vooraf geneem het nie (of moes beoordeel wat hulle dink hulle reaksies sou gewees het as hulle nie die middels geneem het nie), en 'n ander stel (5 ander skale) vir situasies waarin hulle dit wel geneem het. Die resultate wat met behulp van laasgenoemde stel skale verkry is, is nie vir die doel van die huidige ondersoek gebruik nie, aangesien daar deelnemers was wat nie middels geneem het nie en ander wat tydens terapie opgehou het om dit te gebruik. Die vyf TEIK Skale wat in die huidige ondersoek gebruik is, met 'n aanduiding by elkeen van watter aspek van die teikenfobie-situasie beoordeel moet word, is in die vorige paragraaf beskryf.

'n Gemiddelde telling vir al vyf TEIK Skale is vir elkeen van die deelnemers in die huidige ondersoek bereken en het gedien as 'n Teikenfobie Indeks (TEIK-I), wat 'n aanduiding gee van die erns van die teikenfobie-simptome van angs, vermyding en ontsnapping (die veranderlike *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping*).

'n Cronbach Alphasmodel is gebruik om die betroubaarheid van die TEIK Skale te ondersoek. Die voormeting-resultate op die TEIK Skale van al die deelnemers ($N=60$) aan die groter navorsingsprojek oor sosiale fobie waarvan hierdie studie deel vorm, sowel as die tellings deur hulle behaal op 16 ander erkende metingskale (en subskale) van sosialefobie-simptomatologie, is vir hierdie doel gebruik. 'n Alpha koëffisiënt is eers bereken vir 'n omvattende skaal wat saamgestel is uit die tellings van die 21 skale en subskale (die 5 TEIK Skale ingesluit). Die waarde van Alpha was 0.77 en gebaseer op die interne konsekwentheid van die skaal. 'n Gestandaardiseerde Alpha, die gemiddelde korrelasie van die items (skale en subskale) nadat dit gestandaardiseer is, is ook bereken. Die waarde daarvan was 0.79. Vir elkeen van die TEIK Skale is 'n Alpha koëffisiënt bereken vir die groter samegestelde skaal vir wat dit sou gewees het as die spesifieke skaal se gegewens nie by dié van die samegestelde skaal ingesluit was nie. As so 'n waarde groter as die Alpha vir die totale skaal (dus 0.77) is, dui dit daarop dat die skaal die betroubaarheid van die samegestelde skaal verlaag. Afgerond na twee desimale syfers was die Alpha koëffisiënt van elkeen van die TEIK Skale 0.77, dus dieselfde as die Alpha vir die totale skaal en laer as die gestandaardiseerde Alpha. Dit bied steun vir die interne betroubaarheid van elkeen van die TEIK Skale.

Die interkorrelasies tussen elkeen van die TEIK Skale en die Teikenfobieskaal van die FQ (FQ – TP) is in die huidige ondersoek op die voormeting van 60 individue met 'n diagnose van sosiale fobie bereken. Die resultate verskyn in Tabel 5.1.

Tabel 5.1

Interkorrelasies Tussen Tellings op die Teikenfobieskaal en die Fear Questionnaire (Target Phobia) (N=60)

Skale	TEIK1	TEIK2	TEIK3	TEIK4	TEIK5	FQ-TP
TEIK1	--	.63***	.48***	.21	.25	.37**
TEIK2		--	.57***	.19	.22	.57***
TEIK3			--	.34**	.24	.52***
TEIK4				--	.44***	.36**
TEIK5					--	.17
FQ-TP						--

** $p < .01$ *** $p < .001$

'n Gesaghebbende bron oor statistiese krag-analise en die populasie-effekgroottes van verskillende statistiese toetse (Cohen, 1992) klassifiseer korrelasiekoëffisiënte van 0.10 as klein, 0.30 as medium, en 0.50 as groot. Uit die medium tot redelike hoë korrelasies gerapporteer in Tabel 5.1 is dit dus duidelik dat die TEIK Skale en die FQ – TP verskillende, dog verbandhoudende konstrunkte gemeet het. Die lae korrelasie tussen TEIK5 en FQ – TP was soos verwag is en dui waarskynlik daarop dat as 'n persoon met 'n sosiale fobie en 'n vrees vir negatiewe evaluasie eers in 'n sosiale situasie beland het, dit nie so maklik vir hom/haar is om ongemerk daaruit te ontsnap nie. Die Teikenfobie Indeks (TEIK-I) het korrelasies van 0.51 met die FQ-TP, 0.37 met 'n Subjektiewe Angsskaal (die SUD-beoordelings) en 0.17 met die FQ-SP gelewer. Soos verwag, was die hoogste korrelasie met FQ-TP, die skaal waarop die ontwikkeling van die TEIK Skale gebaseer was. Die spesifieke teikenfobie was by albei hierdie meetmiddels woordeliks dieselfde. Die korrelasie van 0.51 dui op die hoë verband tussen *teikenfobie-vermyding* (gemeet met die FQ-TP) en *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping* (weerspieël deur TEIK-I). Die tweede hoogste korrelasie was met die SUD-beoordelings, 'n skaal waarmee teikenfobie-angs na die verbeeldingsvoorstelling van 'n teikenfobie-toneel gemeet is. Die laagste korrelasie was met die FQ-SP, 'n skaal waarmee sosialefobie-vermyding gemeet is. Dit hou verband met situasies wat minder spesifiek gefokus was op dit wat die deelnemer gevrees het. Hierdie resultate ondersteun dus die konstruk- en diskriminante geldigheid van die TEIK Skale en die Teikenfobie Indeks wat daaruit saamgestel is.

Die Teikenfobieskaal is met die hulp van die navorser voltooi. Die geskrewe teikenfobie is hardop aan die deelnemer voorgelees, terwyl hy/sy op 'n ander kopie gevolg het wat geles word. Daarna is die instruksies ook voorgelees en as daar vrae was is dit verduidelik. Elkeen van die skale is dan met die bystand van die navorser voltooi.

5.4.2.3 Social Interaction Anxiety and Phobia Scales (SIAS en SPS; Mattick & Clarke, 1988)

Die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) en die Social Phobia Scale (SPS) is 'n stel van twee gepaardgaande maatstawwe van sosiale vrese, wat deur Mattick en Clarke (1988) ontwikkel is. Die SIAS evalueer vrese met betrekking tot sosiale interaksie en korrespondeer met die *DSM-III-R* beskrywing van Sosiale Fobie – Veralgemeende tipe. Die SPS evalueer vrese om waargeneem of dopgehou te word tydens die uitvoer van roetine aktiwiteite (eet, drink, skryf, ens.) en korrespondeer met die *DSM-III-R* beskrywing van Sosiale Fobie – Nie-veralgemeende tipe³.

Die SIAS en SPS is beide 20-item selfrapporteringsvraelyste, waarvan die items op 'n skaal van 0 (glad nie kenmerkend of waar van my nie) tot 4 (uiters kenmerkend of waar van my) geëvalueer word. Die SIAS bestaan uit selfstellings wat die persoon se tipiese kognitiewe, affektiewe of gedragsreaksies op 'n verskeidenheid situasies, wat interaksie in pare of groepe behels (bv. om na 'n partytjie te gaan, om met 'n aantreklike persoon van die teenoorgestelde geslag te gesels, om uiting te gee aan jou gevoelens), beskryf. SPS-items hou verband met situasies of temas wat observasie deur ander behels (bv. om voor 'n groep te praat, om in die openbaar te eet, in die openbaar te skryf, publieke toilette te gebruik).

By die SIAS is drie items positief verwoord en die tellings vir hierdie drie items word verwerk deur die selfbeoordelings om te swaai van positief na negatief. By die SPS is alle items negatief verwoord. Beide vraelyste word gemerk deur die som van die evaluasies te kry en het 'n minimum telling van 0 en 'n maksimum van 80. Hoër tellings verteenwoordig hoër angste.

'n Poel van 164 items is bekom deur die modifikasie van bestaande vrees- en sosialeangst-vraelyste en die generering van nuwe items deur middel van kliniese onderhoude met sosiaal-angstige en fobiese pasiënte. Hieruit is 79 items geselekteer op grond van hulle relevansie ten opsigte van vrese vir sosiale interaksie of waarneming deur ander. Vier verdere items is weggelaat omdat die paneel van beoordelaars nie kon besluit of dié items vrese met betrekking tot sosiale interaksie of waarneming deur ander evalueer nie. Die oorblywende items (38 ten opsigte van interaksie en 37 ten opsigte van observasie) is op steekproewe van 243 *DSM-III*-gediagnoseerde sosiale fobiese persone, 481 kollege-studente, 315 gemeenskapsvrywilligers en kleiner steekproewe van persone met agorafobie en eenvoudige fobie toegepas. Met behulp van 'n item-analise waarin korrelasies tussen elke itemtelling en totaal-telling (na verwydering van die item) bereken is, is die finale 20 SIAS- en 20 SPS-items geïdentifiseer. Deelnemers in hierdie analise was die 243 sosiale fobiese persone en die 315 gemeenskapsvrywilligers (Mattick & Clark, 1988). In die lig van hierdie ontwikkelingstrategie beveel Brown et al. (1997) aan dat die SIAS en SPS as subskale van een groter maatstaf gesien moet word.

³ Soos voorheen uitgewys, stel die *DSM-IV* dat die enigste verskil tussen 'n *DSM-III-R*- en *DSM-IV*-diagnose van sosiale fobie die insluiting van die *DSM-III-R*-diagnose van Vermydingsversteuring van Kindertyd by die *DSM-IV*-diagnose is.

Mattick en Clark (1988) het interne konstantheid en goeie toets-hertoets-betroubaarheid vir beide skale gerapporteer. Cronbach se Alpha-koëffisiënte vir die vyf genoemde steekproewe het gewissel van 0.88 tot 0.93 vir die SIAS en van 0.89 tot 0.94 vir die SPS. Toets-hertoets-korrelasies by klein steekproewe van onbehandelde sosiale fobiese persone was 0.91 oor 4 weke en 0.93 oor 12 weke vir die SPS, en 0.92 oor beide 4 en 12 weke vir die SIAS.

Heimberg et al. (1992) het soortgelyke syfers vir interne konstantheid (0.85 tot 0.90 vir die SIAS en 0.87 tot 0.93 vir die SPS) gerapporteer in 'n studie van 66 sosialefobie-pasiënte, 50 gemeenskapsvrywilligers en 53 voorgraadse studente. In hierdie studie was die toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënte vir die studentepopulasie oor 'n periode van twee weke 0.86 vir die SIAS, maar slegs 0.66 vir die SPS.

Mattick en Clark (1988) het ook die saamvallende geldigheid by pasiënte met sosiale fobie bestudeer en gevind dat beide die SIAS en SPS positief gekorreleer het met tellings op die Fear of Negative Evaluation (FNE)-skaal, die Social Avoidance and Distress (SAD)-skaal, die Sosialefobie-subskaal van die Fear Questionnaire (FQ), asook Leary (1983) se Interactional Anxiety Scale (IAS) en Audience Anxiety Scale (AAS). Ries et al. (in Brown et al., 1997) het positiewe korrelasies tussen tellings van beide skale en die Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) gerapporteer.

Heimberg et al. (1992) het ook konvergente en divergente geldigheid ondersoek en gerapporteer dat die SIAS hoër korreleer met ander metings van sosiale interaksionele angs (naamlik die SAD en Social Interaction subskaal van die Liebowitz Social Phobia Scale, soos toegepas op 'n sosiale fobiese steekproef, en die IAS en Social Interaction Self-Statement Test, soos toegepas op gemeenskaps- en voorgraadse steekproewe). Daarteenoor het die SPS hoër gekorreleer met ander metings van optrede-vrees (naamlik die Social Performance subskaal van die Liebowitz Social Phobia Scale en die Sosialefobie-subskaal van die FQ, soos toegepas op 'n sosiale fobiese steekproef). Die SPS het egter nie hoër gekorreleer met die AAS nie. Hierdie bevindings met betrekking tot konvergente en divergente geldigheid kan nie veralgemeen word na pasiënte se selfverslag van ontsteltenis en angsvlak in spesifieke situasies nie en verdere navorsing in hierdie verband is aangedui (Brown et al., 1997).

Brown et al. (1997) rapporteer dat die aantal gerapporteerde gevreesde sosiale-interaksiesituasies hoër gekorreleer het met tellings op die SIAS, terwyl die aantal gerapporteerde gevreesde optrede-situasies hoër gekorreleer het met tellings op die SPS.

Die diskriminante geldigheid van die twee skale is in 'n aantal studies ondersoek. Mattick en Clark (1988), sowel as Heimberg et al. (1992), het bevind dat sosialefobie-pasiënte hoër tellings op beide die SIAS en die SPS behaal het as voorgraadse studente en gemeenskaps-kontrolegroepe. In vier studies het pasiënte wat voldoen het aan die kriteria vir die veralgemeende sub tipe van sosiale fobie groter interaksie-angs (SIAS) gerapporteer as pasiënte wat nie aan hierdie kriteria voldoen het nie (Brown et al., 1995; Heimberg et al.,

1992; Holt et al., 1992a; Ries et al., in Brown et al., 1997). Wat die SPS betref, is hierdie onderskeiding slegs in een studie gevind (Brown et al., 1995).

Mattick en Clarke (1988) het gevind dat pasiënte met sosiale fobie hoër tellings op beide die SIAS en die SPS behaal het as pasiënte met agorafobie of eenvoudige fobie. Rapee, Brown, Antony en Barlow (in Brown, 1997) het ook gerapporteer dat pasiënte met sosiale fobie hoër tellings op die SIAS behaal het as pasiënte met verskeie ander angsversteurings of 'n groep sonder enige versteurings. Brown et al. (1997) het bevind dat persone met sosiale fobie hoër tellings as ander angstige pasiënte behaal het met die SIAS sowel as met die SPS. Die SPS kon egter nie tussen persone met sosiale fobie en persone met paniekversteuring en agorafobie onderskei nie. Die rede hiervoor mag wees dat 41 % van die pasiënte met agorafobie en paniekversteuring ook 'n addisionele diagnose van sosiale fobie gehad het. Die waarskynlikheid dat hierdie pasiënte met die SPS geselekteer sou word was groter as die waarskynlikheid dat agorafobie- en paniekversteuringpasiënte sonder sosiale fobie geselekteer sou word. Voorts is daar deur Brown et al. (1997) gerapporteer dat diagnoses van gemoeds- of paniekversteurings, addisioneel tot sosiale fobie, nie die SIAS- of SPS-tellings geaffekteer het nie. 'n Addisionele diagnose van veralgemeende angsversteuring was wel geassosieer met hoër SIAS tellings.

Brown et al. (1997) het ook 'n matige verband tussen SIAS- en SPS-tellings en die erns van sosiale fobie, soos gebaseer op kliniese beoordeling, gevind.

Dit blyk ook dat tellings op die SIAS en SPS sensitiewe aanduiders van verandering tydens terapie by sosialefobie-pasiënte kan wees (Brown et al., 1997, Heimberg et al., 1992, Mattick & Clark, 1988).

5.4.2.4 Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel et al., 1989)

Die SPAI is 'n 45-item, selfrapporteringsvraelys vir sosiale angs en vrese. Dit bevat twee subskale. Die sosialefobie-subskaal (SP) (32 items) evalueer kognitiewe, gedrags- en somatiese manifestasies van sosiale fobie en angs. Die oorblywende 13 items vorm die agorafobie-subskaal (AG) en meet verskeie simptome van agorafobie.

Items word elkeen op 'n 7-puntskaal beoordeel vanaf 1 (nooit) tot 7 (altyd). Hoër tellings suggereer sosialefobie-simptomatologie. Sewentien van die SP-subskaalitems evalueer die mate van angs in verskillende sosiale situasies en vra telkens vier aparte beoordelings op grond van die teenwoordigheid van vier verskillende toeskouergroepe. Een gemiddelde telling word vir elkeen van hierdie 17 items bereken. Vier verdere SP-subskaalitems behels dat daar 'n gemiddelde bereken moet word om die itemtelling te bekom: twee items vra na die frekwensie van onderskeidelik vier en vyf tipes gedagtes in die teenwoordigheid van ander, en twee items vra na die frekwensie van onderskeidelik drie somatiese simptome voor en vyf somatiese simptome in sosiale situasies.

Die totaalstelling vir die SP-subskaal word gekry deur die beoordelings van die 32 items saam te tel en dan 32 af te trek, sodat 'n minimum subskaalstelling van nul moontlik is. Die maksimum telling vir die subskaal is 192. Die Ag-subskaal word bereken deur 13 van die som van die items af te trek. Die maksimum totaalstelling vir die Ag-subskaal is 78. 'n Verskil-subskaalstelling word verkry deur die Ag-subskaalstelling van die SP-subskaalstelling af te trek. Hierdie telling word deur Turner, Beidel et al. (1989) beskryf as die SPAI Totaalstelling. Die aftrek van die Ag-telling van die SP-telling dien as kontrole vir klagtes van sosiale angstigtheid wat slegs deel vorm van die groter kliniese beeld van agorafobie en lei dus tot fyner onderskeiding tussen die twee toestande. Volgens Turner, Beidel et al. (1989) dui 'n SPAI-telling van meer as 60 op die moontlikheid van sosiale fobie.

Turner, Stanley et al. (1989) het 'n eksplorerende faktor-analise met resultate van die SP-subskaal gedoen. Vyf faktore met eigenwaardes groter as een het na vore gekom. Hierdie vyffaktormodel het die beste passing vir data verskaf en die gekombineerde model het 64 % van die totale variansie verantwoord.

Die vyffaktormodel is ook in die huidige navorsing gebruik en lyk soos volg:

- Individuele sosiale-interaksiefaktor: Behels 11 items (9, 12 tot 20, en 23) en verantwoord 45.3 % van die variansie in SP-subskaaltellings. Faktorbeladings wissel van 0.46 tot 0.74.
- Somatiese en kognitiewe faktor: Behels agt items (20, 21, 26 tot 28, en 30 tot 32) en verantwoord 6.8 % van die variansie. Faktorbeladings vir die vier items wat spesifiek ingesit is om kognitiewe en somatiese faktore te meet wissel van 0.59 tot 0.82, terwyl die ladings van hierdie faktor vir verskeie ander items wissel van 0.47 tot 0.55.
- Groepinteraksie-faktor: Behels sewe items (1 tot 4 en 9 tot 11) wat altesaam vir 5 % van die totale variansie verantwoordelik is, met faktorbeladings van 0.46 tot 0.72.
- Vermydingsfaktor: Behels vyf items (7, 8, 24, 25 en 29). Hierdie faktor verantwoord 3.7 % van die variansie en faktorbeladings wissel van 0.45 tot 0.83.
- Fokus-van-aandag-faktor: Behels vyf items (3 tot 6 en 22) wat altesaam vir 3.4 % van die variansie verantwoordelik is. Faktorbeladingwaardes wissel van 0.45 tot 0.79.

Onafhanklike navorsers (Osman, Barrios, Aukes, & Osman, 1995) het hierdie vyf-faktorstruktuur van die 32-item-SP-subskaal ondersoek en ondersteuning vir die model asook vir die twee-faktorstruktuur van die SPAI en die een-faktor model van die SP-subskaal gekry.

Turner, Beidel et al. (1989), die ontwikkelaars van die SPAI, het bevind dat die SPAI oor 'n hoë toets-hertoets-betroubaarheid oor 'n twee week periode beskik ($r = 0.86$). Hulle het ook bevind dat daar goeie interne konstantheid is. Voorts het die vraelys sensiteif geblyk te wees vir die hele spektrum van moontlike onsteltenis wat deur persone met sosiale fobie ervaar kan word, en het dit tussen pasiënte met sosiale fobie en ander angsversteurings (veral agorafobie en in 'n mindere mate obsessief-kompulsiwiteit) onderskei.

'n Studie deur Beidel, Turner, Stanley en Dancu (1989) het verdere steun vir die saamvallende geldigheid van die SPAI gebied. Hulle het bevind dat die SPAI suksesvol tussen sosiaal fobiese en niesosiaal fobiese persone onderskei het sowel as tussen persone met sosiale fobie en persone met ander angsversteurings. Hulle navorsing het ook die beraming van 'n verskiltelling om die SPAI totaaltelling te verkry ondersteun. In 'n tweede saamvallende geldigheidstudie (Beidel, Turner et al., 1989) het hulle resultate gedui op die vermoë van die SPAI om sosiale ontsteltenis asook in 'n mate die voorkoms van spesifieke gedrag in sosiale situasies akkuraat te voorspel. Die resultate het ook op groot ooreenstemming tussen beduidende ander en die individu se eie evaluasies van sosiale ongemak gedui. Behalwe vir saamvallende geldigheid het Beidel, Turner et al. (1989) se resultate dus ook gedui op eksterne geldigheid.

Beidel, Borden et al. (1989) het navorsing gerapporteer waarin hulle spesifiek ingegaan het op die saamvallende geldigheid van die SPAI binne 'n kliniese populasie. Hulle resultate het op voldoende saamvallende geldigheid met verwysing na die selfmonitering van daaglikse sosiale gedrag, somatiese respondering en vermydingsgedrag gedui.

'n Laaste geldigheidstudie wat in 1989 gepubliseer is, was die van Turner, Stanley et al. (1989). Hulle het deur middel van verskeie prosedures die SPAI se konstrukgeldigheid ondersoek. Resultate het die geldigheid van die twee subskale bevestig en steun is ook gekry vir vorige bevindings dat die SPAI tussen sosiale- en agorafobie diskrimineer.

Twee studies, spesifiek oor die betroubaarheid en geldigheid van die SPAI by verskillende populasiegroepe, is in 1994 en 1995 gerapporteer (Clark et al., 1994; Osman et al., 1995). Clark et al. (1994) se steekproef was adolessente uit 'n kliniese sowel as 'n gewone populasie en Osman et al. (1995) se populasiegroep was twee nie-kliniese populasies van voorgraadse kollege-studente. Beide studies het gevind dat die SPAI betroubaar is by die onderskeie populasies. Die geldigheid van die twee-faktorstruktuur is deur beide ondersoeke bevestig. Osman et al. (1995) het ook die vyf-faktorstruktuur van die SP-subskaal ondersoek en ondersteuning daarvoor gekry. Clark et al. (1994) se resultate het op goeie konstrukgeldigheid gewys met statisties beduidende verhoudings met onafhanklike metings van sosiale fobie en ander angsveranderlikes. Osman et al. (1995) het die verhoudings tussen die SPAI-subskale en verwante metings van sosiale fobie, sosiale gewildheid/gewensheid en algemene sielkundige ontsteltenis of patologie ondersoek. Hulle resultate het aangedui dat die SPAI oor voldoende saamvallende geldigheid beskik.

Beidel et al. (1993) het die geldigheid van die SPAI as aanduiders van terapeutiese effek by sosiale fobie ondersoek. Beide die betroubaarheid van verandering na psigoterapie en die kliniese beduidendheid van hierdie verandering is ondersoek. Hulle resultate het aangedui dat die SPAI 'n sensitiewe maatstaf vir behandelingsuitkoms is, wat verandering wat beide betroubaar en klinies beduidend is reflekteer. Volgens hulle bevindings was die SPAI 'n meer geldige instrument as maatstawwe soos die FNE en SAD wat mees algemeen gebruik word. Hierdie gevolgtrekkings berus egter op 'n enkele studie en verdere navorsing oor die onderwerp is nodig.

5.4.2.5 Fear of Negative Evaluation (FNE) en Social Avoidance and Distress (SAD) skale (Watson & Friend, 1969) as gepaardgaande maatstawwe van sosiale-evaluasieangs

Die konstruk "sosiale-evaluasieangs" is aanvanklik gedefinieer as 'n ervaring van ontsteltenis, ongemak, vrees, angs, ens. in sosiale situasies, die doelbewuste vermyding van sosiale situasies en 'n vrees om negatief geëvalueer te word deur ander. Die SAD meet eersgenoemde twee komponente en die FNE die vrees vir negatiewe evaluering. Watson en Friend (1969) het die twee skale gelyktydig ontwikkel. Uit 'n aanvanklike poel van 145 items is 58 deur middel van toetsing geselekteer waarvan 30 items in die FNE en 28 in die SAD opgeneem is. Die FNE en SAD word as twee van die mees algemeen gebruikte maatstawwe van sosiale angs vir navorsings- en kliniese doeleindes beskou (Beidel et al., 1993; Clark et al., 1994; Glass & Arnkoff, 1989; Turner, McCanna, & Beidel, 1987).

Die FNE meet 'n aspek van die konstruk sosiale angs, naamlik vrees vir negatiewe evaluasie. Volgens Watson en Friend (1969) behels dit besorgdheid oor ander se evaluasies, ontsteltenis oor hulle negatiewe evaluasies, en die verwagting om negatief geëvalueer te word. Die FNE kan dus as 'n indeks van die sentrale kognitiewe aspekte van sosiale angs beskou word (Leary, 1991), en word dikwels in navorsing oor sosiale fobie gebruik om kognisies te evalueer (Heimberg, 1994; Hope, Heimberg et al., 1995, ens.) Die vraelys bestaan uit 30 waar-onwaar-items met 'n goeie balans tussen items wat positief en negatief gemerk word, naamlik 17 waar en 13 onwaar items. Tellings varieer tussen 0 (laagste vrees-*vir*-negatiewe-evaluasie) en 30 (hoogste vrees-*vir*-negatiewe-evaluasie). 'n Lae telling dui op die afwesigheid van besorgdheid oor ander se evaluasies en dat daar nie noodwendig 'n behoefte of wens is om positief geëvalueer te word nie.

Leary (1983) het 'n verkorte 12-itemweergawe van die FNE, wat 'n korrelasie van 0.96 met die oorspronklike skaal getoon het, ontwikkel. Die 12 items is uit die oorspronklike skaal geneem en word op 'n 5-puntskaal beantwoord (1: glad nie kenmerkend van my nie; 5: uiters kenmerkend van my).

Die SAD skaal meet sosiale vermyding en ongemak (ontsteltenis), wat verwys na die tendens om sosiale interaksies te vermy en om angstig te voel in sulke interaksies. Met die opstel van die skaal het die skrywers aandag gegee aan die konseptualisering van sosiale vermyding en ongemak. Hulle het onderskei tussen vermyding en die nalaat van toenadering, omdat die teenoorgestelde van vermyding nie sosiale toenadering is nie maar eerder op 'n gebrek aan vermyding dui. Hierdie onderskeidings is van belang omdat helfte van die items so bewoord moes word dat 'n "onwaar" antwoord dui op die teenwoordigheid van die kenmerk wat ondersoek word. Vermyding verwys na 'n gedragsrespons en ongemak na 'n affektiewe reaksie. Slegs items wat subjektiewe ongemak- en vermydingsgedrag (of die behoefte daaraan) evalueer, is ingesluit en enige items wat na fisiologiese aanduiders van angs en belemmerde gedragsfunksionering kon wys, is uitgesluit. Die aanvanklike itempoel (vir beide die FNE en SAD) is geselekteer met inagneming van sosiale gewensdheid / gewildheid en 'n omvattende loodstoetsing is gedoen.

Die SAD bestaan uit 28 waar-onwaar-items, waarvan 14 sosiale vermyding en 14 sosiale angstigheid meet. Daar is ewe veel positief en negatief bewoorde items. Tellings varieer tussen 0 (laagste vermyding-en-ongemak-telling) en 28 (hoogste vermyding-en-ongemak-telling). In die lig van die skewe verspreiding van tellings wat Watson en Friend (1969) in hulle aanvanklike studie gekry het, gebruik heelwat navorsers 'n 5-puntskaal in plaas van die waar-onwaar-formaat (Leary, 1991).

Die FNE en SAD is op 'n voorgraadse studentepopulasie ontwikkel. Die gemiddelde van die oorspronklike steekproef van 205 studente vir die FNE was 15.5 (SA = 8.6) en die verspreiding was reghoekig. 'n Tweede steekproef van 128 studente het 'n gemiddelde van 13.6 (SA = 7.6) gelewer. Vir die SAD was die gemiddelde telling 9.1 (SA = 8.0).

Watson en Friend (1969) het aangetoon dat deelnemers met hoër FNE-tellings geneig was om senuweeagtig te raak in evaluasie-situasies en harder gewerk het om of afkeur te vermy, of goedkeuring te verwerf. Deelnemers met hoër SAD-tellings het geneig om sosiale interaksies te vermy, het verkies om alleen te werk, het gerapporteer dat hulle minder gepraat het in interpersoonlike situasies, minder vertrouwe gehad het en meer bekommerd was oor sosiale verhoudings, maar sou meer waarskynlik opgedaag het vir afsprake. Die twee skale het beduidend gekorreleer met die Taylor Manifest Anxiety Scale, die S-R Inventory of Anxiousness en 'n aantal ander instrumente wat ontwerp is om angs en persoonlikheidsdimensies soos sosiale goedkeuring en affiliasie te evalueer. Watson en Friend se aanvanklike resultate het dus gedui op saamvallende geldigheid. Wat diskrimnante geldigheid betref, het tellings vir beide die FNE en SAD korrelasies van -0.25 met die Marlowe-Crowne Social Desirability Scale getoon.

Ten opsigte van die betroubaarheid van die FNE is hoër interne konstantheid (0.92 en 0.94) in twee steekproewe deur Watson en Friend (1969) gevind. Die een-maand-toets-hertoets-betroubaarheid was 0.78. Hoër interne konstantheid (0.94) is ook vir die SAD gerapporteer. 'n Faktor-analise het die subskaal-struktuur vir vermyding en ongemaak bevestig, maar gesuggereer dat die totaaltelling sosiale vermyding sterker reflekteer as sosiale angs (Patterson & Strauss, in Leary, 1991). Die ongemak- en vermydingsubskale het betroubaarheidskoëffisiënte van onderskeidelik 0.85 en 0.87 getoon. Die subskale korreleer 0.54 vir mans en 0.71 vir vroue (Leary, Knight, & Johnson, in Leary, 1991). Die een maand toets-hertoets-betroubaarheid van die SAD was 0.68.

Addisionele saamvallende geldigheidsdata word deur Leary (1991) gerapporteer. Die FNE tellings korreleer matig met tellings vir die SAD (0.51) en die Interaction Anxiousness Scale (0.32). In vergelyking met mense wat lae tellings op die FNE behaal, was persone met hoër tellings meer ongemaklik daarmee om geëvalueer te word, sou hulle meer waarskynlik irrasionele oortuigings oor die belangrikheid daarvan om geliefd te wees onderskryf, en meer besorg daaroor wees om 'n goeie indruk te maak (Friend & Gilbert, 1973; Goldfried & Sobocinski, 1975; Leary, Barnes, & Griesel, in Leary, 1991; Smith & Sarason, in Leary, 1991).

Turner et al. (1987) was van mening dat die konstruk-, diskriminasie- en voorspellingsgeldigheid van die SAD en FNE nie voldoende ondersoek is nie en dat dit nie sonder meer vir subjekteleksie, graad van erns van sosiale angs en terapeutiese uitkomstmetings aangewend behoort te word nie. Dit geld veral vir studies met kliniese populasies en vir die gebruik van hierdie skale om sosiolefbie-pasiënte van pasiënte met ander angsversteurings te onderskei. In hulle eie navorsing het hulle bevind dat pasiënte met sosiale fobie se FNE- en SAD-tellings nie beduidend verskil het van die van pasiënte met ander major angsversteurings nie, met die uitsondering van eenvoudige fobie. Tellings op die skale het wel beduidend gekorreleer met ander metings van angs, depressie en algemene emosionele ontsteltenis. Hulle slotsom is dat die FNE en SAD eerder maatstawwe is van algemene emosionele ontsteltenis as van sosiale angs. Heimberg, Hope, Rapee en Bruch (in Glass & Arnkoff, 1989) verskil van hulle en bied data aan wat suggereer dat die FNE en SAD wel van waarde is in die evaluasie van sosiale angs. Volgens Rapee et al. (1988) mag dit wees dat sosiale angs 'n kernprobleem in baie van die angsversteurings is waardeur Turner et al. (1987) se resultate verklaar kan word.

SAD-tellings korreleer hoog (0.75 en hoër) met 'n verskeidenheid van ander maatstawwe van sosiale angs en skugterheid (bv. Jones, Briggs, & Smith, in Leary, 1991). Die skaal is met sukses in meer as 100 studies, wat ontwerp is om die effektiwiteit van verskeie intervensies vir chroniese sosiale angs te toets, gebruik (Leary, 1991). In verskeie uitkomstudies is bevind dat die SAD en FNE sensitief is vir behandelingsverandering (Butler et al., 1984; Heimberg et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Schelver, 1981; Schelver & Gutsch, 1983; Stravynski et al., 1982).

Die FNE is ook in talle studies gebruik om die verandering in kognitiewe veranderlikes na aanleiding van die behandeling van sosiale fobie te evalueer (bv. Biran et al., 1981; Butler et al., 1984; DiGiuseppe, McGowan, Sutton-Simon, & Gardner, 1990; Gelernter et al., 1991; Heimberg, Acerra, & Holstein, 1985; Heimberg, Bruch et al., 1990; Heimberg & Liebowitz, 1992; Hope, Heimberg et al., 1995; Kanter & Goldfriend, 1979; Marzillier et al., 1976; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

Heimberg (1994) meen dat, ten spyte van die positiewe bevindings, die FNE bepaalde beperkings toon. Klein veranderings en 'n gebrek aan differensiële verandering is kenmerkend van die resultate van uitkomstudies oor sosiale fobie. Dit mag 'n akkurate weergawe van die effek van kognitiewe gedragsterapie op vrees vir negatiewe evaluasie wees. Die waar-onwaar-formaat bemoeilik egter die weerspieëling van sulke veranderings, in teenstelling met 'n formaat wat gegradeerde response toelaat [soos in Leary (1983) se verkorte vorm van die FNE met 'n 1 tot 5-puntbeoordelingskaal]. Volgens Heimberg (1994) kan die gebrek aan differensiële behandelingseffekte ook aan die feit dat die FNE 'n kombinasie van kennis en angs evalueer toegeskryf word, aangesien alle behandelings poog om angs te verminder en net sommige op kennis fokus.

Ook die SAD word gekritiseer. Leary (1983) is krities oor die insluiting van gedragsverskynsels (vermydingsgedrag) in die definisie van sosiale angs en argumenteer dat angs en die verskillende vorms

daarvan soos sosiale angs, slegs in terme van angs gedefinieer behoort te word. Leary (1991) daarenteen meen egter dat die SAD 'n uitsonderlik goed ontwerpte maatstaf is en dat die skaal se waarde as maatstaf van sosiale angs en vermyding in talle kontekste gedemonstreer is. In die lig daarvan dat items beide subjektiewe en gedragsaspekte van sosiale probleme reflekteer, waarsku hy egter dat die gebruik van die volle SAD skaal slegs toepaslik is wanneer 'n gekombineerde meting van angs en vermyding verlang word.

5.4.2.6 Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961)

Die BDI word as een van die gewildste instrumente beskou om die graad van depressie by psigiatries gediagnoseerde depressie te meet (Piotrowski, Sherry, & Keller, 1985), en om depressie in normale populasies uit te ken (Steer, Beck, & Garrison, 1986).

Die skaal het ontwikkel uit kliniese observasies van die houdings en simptome wat dikwels aangetref word by depressiewe psigiatries pasiënte en minder dikwels by nie-depressiewe psigiatries pasiënte (Beck et al, 1961), en is sistematies gekonsolideer in 21 simptome en houdings wat op grond van intensiteit van 0 tot 3 beoordeel kan word. Die volgende afsnypte vir pasiënte wat met 'n gemoedsversteuring gediagnoseer is, is deur Beck, Steer en Garbin (1988, p. 79) beskryf: < 10: geen of minimale depressie; 10-18: ligte tot matige depressie; 19-29: matige tot ernstige depressie; en 30-63: ernstige depressie. Die gemiddelde BDI-tellings vir die minimale, ligte, matige, en ernstige klassifikasies, is volgens Beck (1967, p. 196) 10,9 (SA = 8,1), 18,7 (SA = 10,2), 25,4 (SA = 9,6), en 30,0 (SA = 10,4) respektiewelik.

Beck et al. (1988) het 'n oorsig gegee oor die navorsing oor die psigometries eienskappe van die BDI die afgelope 25 jaar. Hulle noem dat in byna al die studies wat in hulle oorsig betrek is, daar nie 'n onderskeid getref is tussen die oorspronklike (Beck et al., 1961) en hersiene weergawes (Beck et al., 1979) van die BDI nie. In 'n studie met 204 voorgraadse studente het Lightfoot en Oliver (1985) 'n Pearson-produktmomentkorrelasie van 0,94 tussen die 1961 en 1978 weergawes van die BDI gevind en hulle kom tot die gevolgtrekking dat daar dus nie so 'n groot verskil tussen die twee weergawes is nie.

Ten opsigte van *interne konsekwentheid*, het 'n meta-analise van 25 studies deur Beck et al. (1988) 'n gemiddelde alpha-koëffisiënt van 0,86 vir psigiatries pasiënte en 0,81 vir nie-psigiatries populasies gelewer. Ten einde die stabiliteit van die BDI te ondersoek, beskryf Beck et al. (1988) die resultate van 10 studies, maar hulle kon nie 'n meta-analise op grond van die ondersoeke uitvoer nie aangesien die toets-hertoets-intervalle gevarieer het van ure tot weke. Die Pearson-produktmomentkorrelasies in die studies het vir psigiatries pasiënte gewissel tussen 0,48 en 0,86, en vir nie-psigiatries deelnemers tussen 0,60 en 0,83. Die hoë korrelasies vir die nie-psigiatries groepe dui daarop dat die BDI genoegsame stabiliteit oor 'n weeklange periode gedemonstreer het.

Moran en Lambert (1983) het die BDI se inhoud met die *DSM-III* kriteria (American Psychiatric Association, 1980) vir depressie vergelyk en tot die gevolgtrekking gekom dat die BDI ses van die nege *DSM-III* kriteria

goed reflekteer. Volgens Beck et al. (1988) is daar in die BDI met opset nie oor 'n verhoging van slaap en eetlus navraag gedoen nie. Hulle argument is dat, aangesien 'n verhoging van slaap en eetlus so dikwels by die normale populasie voorkom, die insluiting daarvan tot 'n groot getal "vals positiewe" response aanleiding sou kon gee. Daar word ook nie in die BDI navraag oor agitasie gedoen nie omdat dit volgens Beck et al. (1988) 'n klinies waarneembare teken is wat nie toepaslik vir 'n self-rapporteringsinstrument sou wees nie.

Beck et al. (1988) haal 35 studies aan waarin die korrelasies tussen die BDI en 'n verskeidenheid van metings met ander meetmiddels- en metodes van depressie gerapporteer is en kom tot die slotsom dat die saamvallende geldigheid van die BDI hoog is. Hulle het ook aanduidings gevind dat die BDI sterker verbande met kliniese beoordelings van depressie in psigiatrisie steekproewe as in normale populasies getoon het.

Beck et al. (1988) rapporteer ook verskeie studies waarin die BDI kon onderskei tussen psigiatrisie en nie-psigiatrisie populasies, dit wil sê, waar daar beduidende verskille tussen die BDI-tellings van depressiewe pasiënte, nie-depressiewe pasiënte (byvoorbeeld alkoholiste) en normale proefpersone was. Wat die onderskeiding tussen verskillende tipes depressie betref, word een studie gerapporteer waarin die BDI beduidend onderskei het tussen major depressiewe versteuring (hoër BDI-tellings) en distimiese versteuring (laer BDI-tellings).

Beck et al. (1988) kom tot die gevolgtrekking dat die BDI oor sterk konstruktgeldigheid beskik. Hulle baseer hulle gevolgtrekking daarop dat BDI-tellings in talle studies beduidend gekorreleer het met bepaalde fisiologiese, gedrags- en houdingsveranderlikes waarvan verwag is dat dit met verhoogde depressievlakke gepaard sou gaan. Die BDI het byvoorbeeld beduidend positief gekorreleer met REM-slaap vertraging (aanduidend van 'n slaapversteuring), selfmoordgedrag, alkoholisme, wanaanpassing, 'n verskeidenheid mediese simptome (soos hoofpyn en spysverteringsprobleme), eensaamheid en stres.

Tellings op die BDI het ook beduidend verband gehou met self-gerapporteerde angs (Baker & Jessup, 1980; DeLeon, Skodol, & Rosenthal, 1978). Steer, Beck, Riskind en Brown (1986) het gevind dat pasiënte met depressiewe versteurings (major depressiewe en distimiese versteurings) beduidend hoër BDI-tellings (Gem. = 26,37; SA= 6,94) gehad het as pasiënte met 'n veralgemeende angsversteuring (Gem.= 14,46; SA = 6,10) ($t = 9,02$, $p < 0,001$).

Faktor-analise (Clark, Cavanaugh, & Gibbons, 1983) het aangetoon dat BDI-tellings een onderliggende algemene sindroom van depressie verteenwoordig, met drie hoogs-interkorrelerende faktore, naamlik negatiewe selfhoudings, inkorting van werkswerrigting ("performance") en somatiese versteuring (Tanaka & Huba, 1984).

5.4.3 Gedagtelys-tegniek (Heimberg, Nyman, & O'Brien, 1987)

Die gedagtelys-tegniek is vir die eerste keer deur Cacioppo, Glass en Merluzzi (1979) in navorsing oor sosiale angs gebruik. Sederdien is dit, volgens Arnkoff en Glass (1989), die metode van protokol-analise wat by verre die meeste in sodanige navorsing gebruik word.

Dié tegniek word vir die evaluasie van selfstellings (dus kognitiewe inhoud) met betrekking tot sosiale fobie, in die huidige ondersoek gebruik. Dit het behels dat pasiënte hulle eie kognitiewe response ten opsigte van evaluasie-stimuli (in hierdie geval 'n primêre sosiale fobiese situasie) moes genereer.

Teen 1989 was Heimberg en sy medewerkers (Arnkoff & Glass 1989) nog die enigste navorsers wat die gedagtelys met gediagnoseerde sosiaal-fobiese persone gebruik het. Hulle eerste studie het behels dat hulle deelnemers, na 'n simulatie van 'n bedreigende sosiale-interaksiesituasie, hulle gedagtes moes lys. Resultate kon sosiaal-fobiese persone van die normale kontrolegroep onderskei, maar nie van heteroseksueel angstige studente nie (Nyman & Heimberg, 1985). In 'n tweede studie, waarin persone met 'n *DSM-III-R* diagnose van veralgemeende en nie-veralgemeende ('n enkelvrees subgroep) sosiale fobie bestudeer is, het deelnemers met veralgemeende sosiale fobie 'n laer persentasie positiewe gedagtes gehad as die wat net angstig was om in die openbaar te praat (Heimberg, Hope et al. 1990).

Daar bestaan variasies in die prosedures waarvolgens die gedagtelys-tegniek toegepas kan word. Die aanbevelings van Heimberg et al. (1987), na aanleiding van hulle navorsing in hierdie verband, is in die huidige studie toegepas en word vervolgens beskryf. Die SUD skaal van Wolpe (Subjective Units of Distress Scale; Wolpe & Lazarus, 1966), ook bekend as die Subjektiewe Angsskaal (Wolpe, 1990), behels 'n subjektiewe beoordeling van die ervaring van angs op 'n 100-puntskaal en is eers aan elke deelnemer verduidelik. Na 'n verduideliking van die gedagtelys-tegniek is instruksies aan die deelnemer gegee om sy / haar oë te sluit en te ontspan. Ongeveer 10 tot 15 sekondes later is na sy / haar beoordeling van subjektiewe angs op die SUD skaal gevra. Daarna is hy / sy op verbeeldingsvlak aan 'n idiosinkratiese, primêre teikenfobie, soos geïdentifiseer tydens die ADIS-R onderhoud (DiNardo & Barlow, 1988), blootgestel. Terwyl die deelnemer sy / haar oë toegehou het, is 'n bandopname van die fobiese situasie aan hom / haar voorgespeel. Die beskrywing van die fobiese situasie is vooraf op band opgeneem ten einde dit identies vir voor-, na- en opvolgtoetsing te hou. Die deelnemer moes hom / haar so goed moontlik in die situasie wat beskryf word inleef. Na die beskrywing moes hy / sy weer 'n SUD-telling, vir die hoogste vlak van angs op enige stadium tydens die voorstelling van die situasie, gee. Daarna is die deelnemer gevra om 'n detailverslag te verskaf van wat hy/sy in die voorgestelde situasie gedink en gevoel het. Hierdie gedagtes moes op 'n gedagtelys-vorm, wat onder andere tien leë raampies bevat het, ingevul word. Die deelnemer moes elke gedagte afsonderlik in 'n raampie, dit wil sê een gedagte per raampie, neerskryf. Daar is aan die deelnemer genoem dat hy / sy genoeg tyd tot sy / haar beskikking het, dat hy / sy twee bladsye met raampies ontvang het, maar nie al die raampies hoef te gebruik nie, of van nog voorsien sou word indien nodig. Hy / sy het ook die opdrag ontvang om seker te maak dat hy / sy nie maar bloot net weer 'n beskrywing van die

toneel gee nie. Instruksies het voorts behels dat die deelnemer gevra is om spelling, grammatika en punktiasie te ignoreer en om eerlik te wees.

'n Nasien-handleiding (Heimberg & Juster, 1993) vir die gedagtelys-prosedure wat deur Heimberg gebruik word in sy navorsingsprogram oor sosiale fobie by die Centre for Stress and Anxiety Disorders aan die Staatsuniversiteit van New York (Albany), is gebruik vir die nasien van die gedagtelyste. Twee nasieners, beide ervare kliniese sielkundiges, het onafhanklik van mekaar die aantal gedagtes bepaal en die gedagtes as positief, negatief of neutraal geklassifiseer. Die korrelasies tussen die twee beoordelaars se beoordelings was hoogsbeduidend op voormeting ($r=.96$, $p<.001$), nameting ($r=.99$, $p<.001$) en opvolgmeting ($r=.98$, $p<.001$).

Die resultate van die gedagtelys-tegniek kan op verskillende maniere hanteer word. Die sogenaamde States of Mind (SOM)-ratio (aantal positiewe gedagtes gedeel deur die aantal positiewe plus negatiewe gedagtes) sowel as die Negatiewe-gedagtes-ratio (aantal negatiewe gedagtes gedeel deur die aantal positiewe, negatiewe plus neutrale gedagtes) is beide deur Heimberg, Bruch et al. (1990) en Bruch et al. (1991) ondersoek en beskryf. Heimberg, Bruch et al. (1990) het in hulle vergelyking van die twee metodes gevind dat die SOM en Negatiewegedagtes-ratio's hoog met mekaar gekorreleer het ($r=-0.79$, $p<.001$) en dat beide beduidend verband gehou het met verskeie kriterium-metings, waaronder die SADS, die FNE en SUD-metings vir angs tydens 'n gedragstoets. Aangesien die SOM-ratio met 'n paar kriterium-metings meer as die Negatiewegedagtes-ratio verband gehou het (waaronder die Beck Depressieskaal), word vermoed dat die insluiting van neutrale gedagtes afbreuk kan doen aan die geldigheid van so 'n ratio. Bruch et al. (1991) het die gedagtelys-data van Heimberg, Dodge et al. (1990) geheranaliseer (Heimberg, 1994) en die voorspellingswaarde van die SOM-ratio met die van die Negatiewegedagtes-ratio vergelyk. Daar is bevind dat die twee ratio's hoog gekorreleer het in hulle voorspelling van die meeste van die uitkomstmetings. Dit, tesame met Heimberg, Bruch et al. (1990) se resultate, suggereer volgens Bruch et al. (1991) dat neutrale gedagtes van min waarde is vir persone met sosiale fobie. Op grond van die SOM-ratio se meer prominente teoretiese onderleg en die beklemtoning van 'n "relatiewe balans" ('n optimale ratio van 0.618 van positiewe gedagtes tot die som van positiewe en negatiewe gedagtes) is Bruch et al. (1991) van mening dat die SOM-ratio oor groter verduidelikingswaarde as die Negatiewegedagtes-ratio beskik. Die byvoeging van 'n konstante waarde van een by òf die frekwensie negatiewe òf die frekwensie positiewe gedagtes, wanneer een van die twee frekwensies 'n nulwaarde het word deur Heimberg, Bruch et al. (1990), en Bruch et al. (1991) aanbeveel. In die huidige studie word die SOM-ratio gerapporteer en die aanbeveling ten opsigte van 'n konstante waarde in die berekening is gevolg.

Die gedagtelys-tegniek is nog min in studies oor die behandeling van sosiale fobie gebruik. Volgens Heimberg (1994) is die tegniek nog net deur homself en sy kollegas gebruik om die effek van behandeling op kennisies by sosiale fobie te evalueer (Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg et al., 1993; Heimberg & Liebowitz, 1992).

Betroubaarheid en Geldigheid

Volgens Arnkoff en Glass (1989) is die enigste betroubaarheidsindeks vir die gedagtelys-prosedure, wat in die meeste studies oor sosiale angs gerapporteer word, interbeoordelaar-betroubaarheid. Heimberg, Dodge et al. (1990) rapporteer interbeoordelaar-betroubaarheidswaardes van 86 % ($K = .79$ volgens Cohen se kappas) vir positiewe gedagtes en 95 % ($K = .93$ volgens Cohen se kappas) vir negatiewe gedagtes.

Wat geldigheid betref, het die tegniek in verskillende studies oor die algemeen konstruktgeldigheid openbaar. Ten opsigte van die saamvallende geldigheid van die gedagtelys-tegniek by sosiale angstigtheid, is in 1989 nog gemengde resultate gerapporteer (Arnkoff & Glass, 1989). Teen 1994, in 'n artikel oor geldigheidskwessies by metings van selfstellings in sosiale fobie en sosiale angs, word egter wat kriterium-verwante geldigheid betref, gerapporteer dat studies met verskillende meetmiddels bewys gelever het van die saamvallende geldigheid van produksiemetings van kennis in sosiale angs en sosiale fobie (Glass & Arnkoff, 1994). So het Hope, Heimberg, Zollo, Nyman en O'Brien (1987) beduidende verbande tussen gedagtes na *in vivo* interaksies en die persoon se verslag in terme van die lengte en frekwensies van hierdie interaksies asook die angs wat ervaar is, gevind. Die aantal negatiewe gedagtes is ook geassosieer met meer subjektiewe ongemak (Amsel & Fichten, 1990; Myszka, Galassi, & Ware, 1986) en laer self-evaluasies (Cacioppo et al., 1979). Laastens hou SOM-ratio's by sosiaal-fobiese deelnemers beduidend verband met die resultate van vraelyste wat sosiale-toestandsangs evalueer, asook met self-evaluasies van angs gedurende 'n gedragssimulasie (Heimberg, Bruch et al. 1990) en met vlakke van toestandsangs en graad van erns van die fobie na behandeling (Bruch et al., 1991).

Volgens Heimberg et al. (1987) word die geldigheid van die gedagtelys-tegniek ondersteun deur die mate waartoe dit voorspelling, gegrond op die kognitiewe teorie van Beck (Beck & Emery, 1985), realiseer. In 1994, na 'n oorsig oor die evaluasie van kennis by sosiale fobie, het Heimberg (1994) herhaal dat produksie-metodes soos die gedagtelys-tegniek, meer in ooreenstemming is met huidige kognitiewe gedragsteoretisering. Die primêre slotsom van sy oorsig was dat metings van kognitiewe inhoud meer gebruik moet word in navorsing oor die behandeling van sosiale fobie. Hy het ook bevestig dat 'n afname in negatiewe gedagtes, soos bepaal met die gedagtelys-tegniek, met verbetering ten opsigte van die kliniese simptome van sosiale fobie verband hou.

5.4.4 'n Emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1990)

'n Emosionele-Strooptaak, soortgelyk aan dié wat deur Hope, Rapee et al. (1990) beskryf is, is in die huidige ondersoek gebruik met die doel om aandagsverdraaiing by sosiale fobie (soos bespreek in Hoofstuk 3) te meet. Dit word vervolgens beskryf.

Wat die meting van aandagsverdraaiing by sosiale fobie betref, het Hope, Rapee et al. (1990) 'n belangrike bydrae gelever deurdat hulle 'n aangepaste weergawe van die Stroopkleurbenoemingstaak (Stroop, 1935, 1938) gebruik het om 'n bepaalde hipotese van Beck se teorie oor angsversteurings (Beck et al., 1985) te

toets. Volgens hierdie teorie is individue met sosiale fobie hiperwaaksam en -sensitief vir sosiaal-evaluerende stimuli, wat hulle as aanduidend van gevaar en dus as bedreigend ervaar, en waaraan hulle dikwels onwillekeurig (outomaties) aandag gee. Hulle hipersensitiwiteit word gekenmerk deur 'n bepaalde kognitiewe prosesseringstyl, die sogenaamde kwesbaarheidsmodus, waardeur die prosessering van gevaar- of bedreigende stimuli gefassiliteer word. Die kwesbaarheidsmodus is 'n organisasie van kognitiewe strukture wat as kognitiewe selfskemas bekend staan. Volgens die Beck-teorie raak die kwesbaarheidsmodus (en dus die betrokke gevaarskemas) in die geval van individue met sosiale fobie in sekere sosiale situasies, of in die teenwoordigheid van bepaalde sosiale prikkels, aktief. Die verskynsel van aandagsverdraaiing is dus die gevolg van die aktivering van 'n kwesbaarheidsmodus en die self-skemas van gevaar wat hierdie modus bevat.

Volgens Hope, Rapee et al. (1990) kan Beck se teorie van angsvverbandhoudende skemas nie direk deur middel van die evaluasie van selfstellings (i.e., subjektiewe selfrapportering) getoets word nie, omdat so'n benadering die verbale inhoud van kognitiewe aktiwiteit ondersoek, eerder as 'n bepaalde informasie-prosesseringstyl. Soos reeds genoem, het hulle 'n aangepaste weergawe van die Strooptaak ontwikkel, geskoei op 'n aanpassing daarvan vroeër deur Mathews en MacLeod (1985). In die studie van Hope, Rapee et al. (1990) is kleurbenoeming-latensies (huiwerings/vertragings) vir sosiale en fisiese bedreigende woorde (byvoorbeeld die stimuluswoorde "stupid" en "illness" onderskeidelik) vergelyk met afgepaarde neutrale kontrolewoorde (bv. "insert" en "learning") by beide individue met sosiale fobie en individue met 'n paniekversteuring. Soos voorspel is, het individue met sosiale fobie langer latensies getoon vir sosiaal-bedreigende woorde, en individue met 'n paniekversteuring vir fisies-bedreigende woorde. Beide groepe het ook langer latensies op hul onderskeie groepe bedreigende woorde getoon as op twee stelle kontrolewoorde. Hierdie latensies is geïnterpreteer as aanduidend van 'n groter mate van prosessering van woorde wat verband hou met die selfskemas van die twee groepe (individue met sosiale fobie en paniekversteuring) onderskeidelik. Hierdie studie is gedoen met behulp van kaarte waarop stimuluswoorde in verskillende inkkleure aangebring is.

Hope (1990) het 'n gerekenariseerde weergawe van die emosionele-Strooptaak ontwikkel. Met verwysing na die gebruik van hierdie program, wat nie in die huidige ondersoek gebruik is nie (sien motivering verderaan), beveel sy in 'n persoonlike kommunikasie (18 Maart 1995) aan dat verskiltellings (latensietyd van die stimuluswoorde minus dié van die kontrolewoorde), eerder as die totale- of gemiddelde latensietyd, as meting van die afhanklike veranderlike gebruik behoort te word. Sy motiveer dit soos volg:

The threat and control words are matched on number of letters, number of syllables, and frequency of usage. Therefore I believe the most appropriate dependent measure is the interference index, calculated as the difference between the latency for the threat words and the respective control words. This strategy removes variability due to individual differences in color naming per se. (D.A. Hope, persoonlike kommunikasie, Maart 18, 1995)

In die gerekenariseerde weergawe van die emosionele-Strooptaak (Hope, 1990) word die woorde (die stimuluswoorde of die kontrolewoorde) by elke toepassingsgeleentheid op toevallige wyse gerangskik en aangebied word. Verder is daar ook lang lysste van woorde opgestel waaruit 'n steekproef van woorde op toevallige wyse geneem kan word vir aanbieding by 'n bepaalde toetsgeleentheid. Een van die voordele hiervan is waarskynlik die feit dat dit 'n oefeningseffek, indien dit wel in 'n beduidende mate sou voorkom, tussen twee of meer toetsgeleenthede sou kon verminder. Die nadeel van so 'n benadering sou eerstens wees dat die toetstaak wat een stel woorde betref (byvoorbeeld die stimuluswoorde) dan natuurlik nie dieselfde vir die verskillende deelnemers, asook vir 'n bepaalde deelnemer by verskillende toetsgeleenthede sal wees nie, aangesien die woorde en hul inkleure elke slag op toevallige wyse gevarieer word. 'n Tweede nadeel van die benadering wat met die rekenaarweergawe gevolg word, en vir die aard en doel van die huidige ondersoek dalk 'n belangriker oorweging is, is die feit dat dit onmoontlik is om sulke lang lysste van korresponderende woorde in die hande te kry, want dit moet stimulus- sowel as kontrolewoorde in beide Afrikaans en Engels wees, wat moet ooreenstem wat inhoud, gebruiksfrekwensie, lengte en aantal lettergrepe betref. (Terloops, die gebruik, al dan nie, van lang lysste woorde wat op toevallige wyse aangebied word, hou nie juis verband met die kaart- versus rekenaaraanbieding van die emosionele-Strooptaak nie; dit sou dalk net makliker wees om dit met die rekenaar te doen.) Dit sou dus in die huidige ondersoek beter wees om dieselfde stelle woorde vir elke individu en herhaaldelik (voor-, na- en opvolgmeting) te gebruik, mits daar nie 'n beduidende oefeningseffek plaasvind soos byvoorbeeld deur Williams et al. (1997) verwag is nie. 'n Manier om vir 'n oefeningseffek te toets, is om die kontrolegroep vir hierdie doel te gebruik. Aangesien dit, sover die huidige ondersoeker se kennis strek, nog nooit by die emosionele-Strooptaak ondersoek was nie, is die resultate (die verskiltellings van die emosionele-Strooptaak) van die kontrolegroep van die huidige studie, bekom op drie metingstadia (by voor-, na- en opvolgmeting) en met behulp van 'n meerveranderlike enkelrigting-ANOVA geanaliseer. Geen beduidende hoofeffek vir tyd van assessering ($F(2,12) = .05332$, $p > .05$, Pillais = .00881) is gedemonstreer nie. Dit kan beskou word as aanduidend van die afwesigheid van 'n beduidende oefeningseffek en bied dus steun vir die hermetingsbetroubaarheid van hierdie tegniek.

Daar is reeds verwys na die studie van Hope, Rapee et al. (1990) waarin individue met sosiale fobie en 'n ander groep met 'n diagnose van paniekversteuring betrek is. Soos voorspel, het die groep met 'n diagnose van sosiale fobie langer latensies getoon vir sosiaal-bedreigende woorde, en die groep met 'n diagnose van paniekversteuring vir fisies-bedreigende woorde. Beide groepe het ook, soos verwag is, langer latensies op hulle onderskeie groepe bedreigende woorde getoon as op twee stelle korresponderende kontrolewoorde. Hierdie latensies-verskille kan beskou as aanduidend van aandagsverdraaiing na prikkels wat met die twee kliniese groepe se vrese verband hou en bied dus steun vir die diskriminatiewe geldigheid van die twee weergawes van die emosionele-Strooptaak as meetmiddels van aandagsverdraaiing by paniekversteuring en sosiale fobie onderskeidelik. Teoreties, volgens die Beck-model (Beck et al., 1985), is die emosionele-Strooeffekte aanduidend van 'n groter mate van prosessering van informasie wat verband hou met die gevaarskemas binne die kwesbaarheidsmodusse van die genoemde twee kliniese groepe.

Materiaal

Die emosionele-Strooptaak, soos in die huidige ondersoek gebruik, het uit vier wit kaarte, waarop woorde in verskillende kleure met filtpen geskryf is, bestaan. Die kaarte was A4-grootte (21 cm x 29,7 cm) en dié van die letters 0.5 cm. Die volgende inkkleure is gebruik: pienk, blou, oranje, groen, swart.

Keuse en vertaling van woorde: Met uitsondering van die voorbeeldkaart (kaart 1; sien volgende paragraaf) is die Engelse woorde almal geneem uit die artikel van Hope, Rapee et al. (1990). Hope en haar medewerkers het nie genoem watter woorde hulle by die voorbeeldkaart gebruik het nie en vyf neutrale woorde is derhalwe gekies. Die Afrikaanse woorde is na samespreking met twee kliniese sielkundiges wat vertrou is met die teorie van Beck gekies en moes aan verskillende vereistes voldoen. Die sosiaal-bedreigende woorde moes sover moontlik ooreenstem met die Engelse woorde wat betref betekenis, gebruiksfrekwensie, aantal letters en lettergrepe. Die kontrolewoorde moes inhoudelik neutraal wees en op hulle beurt sover moontlik met die kontrolewoorde in die ander taal, sowel as die sosiaal-bedreigende woorde ooreenstem wat betref gebruiksfrekwensie, aantal letters en lettergrepe.

Kaart 1: Voorbeeldkaart. Hierdie kaart het vyf neutrale woorde, geskryf in verskillende kleure, bevat. Dit het op een reël reg in die middel van die kaart verskyn. Die woorde, op verskillende kaarte vir Engels en Afrikaans, was die volgende:

Engels: donkey, blue, walk, tree, investigate

Afrikaans: donkie, blou, loop, boom, ondersoek

Kaart 2: Oefenkaart. Hierdie kaart het vyf neutrale woorde, geskryf in verskillende kleure, bevat. Die vyf woorde was op toevallige wyse gerangskik en het op 10 reëls verskyn. Elke woord het 10 maal op 'n kaart verskyn, óf een maal per reël, óf twee maal per reël (alhoewel nie opeenvolgend nie), maar dan nie op die ander reël van die paar nie. Beide die toekenning van die inkkleure van die woorde, sowel as die orde waarin hulle verskyn het, het op 'n toevallige wyse geskied. Die woorde, op afsonderlike kaarte vir Afrikaans en Engels, was die volgende:

Engels: level, book, position, house, thing

Afrikaans: vlak, boek, posisie, huis, ding

Kaart 3: Sosialebedreiging-stimuluskaart. Dit het bestaan uit vyf sosiaal-bedreigende stimuluswoorde in verskillende inkkleure wat 20 maal op 'n kaart, versprei oor 'n totaal van 20 reëls, verskyn het. Die inkkleure, rangskikking en orde waarin die woorde verskyn het, het met dié van die oefenkaart ooreengestem. Die woorde was die volgende (vir Afrikaans en Engels op verskillende kaarte):

Engels: stupid, inferior, failure, pathetic, embarrassed

Afrikaans: simpel, onbekwaam, misluk, pateties, verleentheid

Kaart 4: Sosialebedreiging-kontrolekaart. Dit het bestaan uit vyf neutrale woorde, elkeen afgepaar met 'n ooreenstemmende stimuluswoord (Kaart 3) wat betref die aantal letters, die aantal lettergrepe en die

gebruiksfrekwensie van elke woord in 'n bepaalde taal. Die woorde was die volgende (vir Afrikaans en Engels op afsonderlike kaarte):

Engels: insert, exterior, network, sporadic, specialised

Afrikaans: instel, begroting, rondom, fondasie, moontlikheid

Toepassing:

Die aangepaste emosionele-Strooptaak is soos volg toegepas.

Die deelnemer het op 'n stoel agter 'n tafel gesit en die toetsafnemer het skuins agter hom/haar gesit. Die afnemer plaas die voorbeeldkaart (Kaart 1) voor die deelnemer en verduidelik die aard en doel van die taak, naamlik dat hy/sy die inkleure waarin die woorde geskryf is opeenvolgend moet opnoem totdat hy/sy klaar is. Die deelnemer mag ook die kaart (en dié wat nog gaan volg) optel en vashou as hy/sy dit sou verkies. Hy/sy kry ook die geleentheid om vrae te vra oor aspekte wat hom dalk mag interesseer of wat vir hom onduidelik is, maar word ook ingelig dat die wyse waarop die resultate verder verwerk gaan word en presies wat dit beteken, vir hom/haar eers na die laaste metingsessie verduidelik sal word. Die oefenkaart (Kaart 2) word dan onderstebo voor die deelnemer op die tafel geplaas. Sodra die afnemer en die deelnemer gereed is, gee die afnemer die volgende instruksie: "Goed, neem die kaart, draai dit om en begin noem die kleure van die woorde op so vinnig as wat jy kan." Sodra hy/sy die eerste kleur noem, stel die afnemer 'n stophorlosie in werking en sodra die deelnemer die laaste kleur noem, stop hy dit en teken die tyd aan. Die afnemer volg die kleure wat gelees word op 'n ander vorm. Die deelnemer is hieroor ingelig omdat dit dalk sy aandag mag aftrek as hy dink die afnemer loer oor sy skouer terwyl hy besig is met die taak. Nadat die oefenkaart voltooi is, en enige verdere onduidelikhede uit die weg geruim is, word of Kaart 3 of Kaart 4 op dieselfde wyse voltooi; die oorblywende Kaart (3 of 4) kom dan laastens aan die beurt. Die helfte van die toetslinge (in elkeen van die verskillende groepe, dit wil sê, die kognitiewe herstrukturering plus blootstelling, blootstelling alleen en waglys-kontrolegroepe) voltooi Kaart 3 vóór Kaart 4, terwyl dit by die ander helfte omgekeerd plaasvind. Die rede hiervoor is om vir effekte van die volgorde van toepassing (byvoorbeeld binnesessie-oefeningseffek) te kontroleer.

5.5 PROSEDURE

Die 46 persone wat as deelnemers gekwalifiseer het, het nadat hulle soos reeds beskryf geselekteer is, elkeen aan 'n individuele onderhoud deelgeneem. Die onderhoudsvoerder was die persoon wat ook saam met die navorser as ko-terapeut tydens die groepsterapie opgetree het. Tydens hierdie onderhoud is voorbereidende werk, vir die bepaalde groep waaraan die individue sou deelneem, gedoen. 'n Beskrywing van die inhoud van die onderhoud volg in Afdeling 5.6.2. Hierdie individuele voorbereidingsonderhoud is deur 'n individuele afspraak vir voormeting gevolg. Tydens hierdie afspraak is metings van al die afhanklike veranderlikes deur die navorser gedoen. Daar is met die Teikenfobieskale, wat met behulp van die navorser voltooi is, begin. Dit is gevolg deur die toepassing van die SUD-skaal (Wolpe & Lazarus, 1966) en die

Gedagtelys-tegniek (Heimberg et al., 1987), waarna die emosionele-Strooptaak (Hope, Rapee et al., 1996) toegepas is. Hierna het die deelnemers die selfrapporteringsvraelyste voltooi.

Die groepterapie-sessies het binne 'n week nadat die voormetings gedoen is 'n aanvang geneem. Dit het twaalf weeklikse twee-uur lange sessies behels en het dus oor 'n periode van 3 maande gestrek. Twee subgroepe van agt en sewe lede elk het 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling tydens hierdie sessies ontvang, terwyl 'n verdere twee subgroepe ook van agt en sewe lede elk net blootstellingsterapie ontvang het. Die terapie is gedoen volgens die Handleiding van Heimberg (1991) en elke groep is deur dieselfde twee kliniese sielkundiges, van wie een manlik (die navorser) en een vroulik, behartig. Wat die waglys-kontrolegroep betref, was daar geen kontak tussen hulle en die terapeute tydens hierdie periode nie.

Die nametings het binne 'n week na afsluiting van die groepterapie-sessies plaasgevind en het weer, soos die voormetings, tydens 'n individuele sessie plaasgevind. Dieselfde meetinstrumente en metingprosedure as by voormeting is gebruik. Na 'n verdere 3-maandperiode, waartydens daar nie met enige van die deelnemers enige kontak was nie, is die opvolgmeting weer op 'n individuele basis gedoen, weer met dieselfde meetinstrumente en prosedure.

Na afloop van die opvolgmetings is 'n selfhelpprogram, gebaseer op Heimberg (1991) se terapieprogram vir sosiale fobie, aan die deelnemers in die waglys-kontrolegroep verskaf. Volgens ooreenkoms was die terapeute ook vir individuele hulpverlening aan hierdie deelnemers beskikbaar, indien hulle dit sou verkies.

5.6 BEHANDELING

Die twee behandelingskondisies wat in die huidige studie ondersoek is, naamlik die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstellingsprogram en blootstellingsbehandeling alleen, word vervolgens beskryf.

5.6.1 Individuele onderhoud ter voorbereiding van die onderskeie groepe

Voor die groepterapie-sessies 'n aanvang geneem het, is 'n individuele onderhoud met elkeen van die deelnemers gevoer, waartydens voorbereidende werk vir die bepaalde groep waarin hy / sy geval het, gedoen is. Hierdie onderhoude is deur een van die kliniese sielkundiges wat as ko-terapeut tydens behandeling opgetree het, hanteer.

Tydens hierdie onderhoude is die volgende gedoen:

- Die deelnemers is opgelei in die gebruik van die Subjektiewe Eenhede van Ongemak Skaal (SUD), wat by herhaling in die groep gebruik sou word;
- 'n Geïndividualiseerde Vrees- en Vermydingshiërargie is vir elke deelnemer opgestel;

- 'n Ooreenkoms, ten opsigte van watter aspekte van die deelnemer se fobie in die groep aangespreek sou word, is aangegaan;
- Deelnemers se vrae en vrese oor behandeling is ondersoek en bespreek en die voordele van behandeling in groepverband is uitgewys;
- Deelnemers is geïntereſeer ten opsigte van hoe die groepsessies sou verloop;
- Die volgende grondreëls van groepdeelname is bespreek:
 - Bywoning
 - Stiptelikheid
 - Voltooiing van huiswerkopdragte
 - Vertroulikheid
 - Deelname en betrokkenheid om die ander groeplede te help om aan hulle spesifieke vrese te werk.

'n Individuele onderhoud is op dieselfde tydstip ook met lede van die waglys-kontrolegroep gevoer.

Hiertydens is:

- Deelnemers se vrae en vrese bespreek;
- 'n Ooreenkoms aangegaan, waarin deelnemers hulle verbind het om die metingprosedure drie maal, met tussenposes van 3 maande, te deurloop, en waarin die terapeute onderneem het om na die derde meting hulle dienste gratis en vir 'n maksimum van 12 terapie-sessies beskikbaar te stel.

Indien 'n deelnemer, van enige van die groepe, op angswerende of anti-depressante medikasie was, is 'n ooreenkoms aangegaan waarvan die bepalings die beïnvloeding van die navorsingsresultate deur medikasie voorkom het. Hierdie ooreenkomste het waar nodig met die kennis en toestemming van die betrokke mediese praktisyn geskied.

5.6.2 Kognitiewe Herstrukturering en Blootstelling (KH+BS)

Die gekombineerde kognitiewe herstrukturering en blootstellingsbehandeling wat gevolg is, is toegepas ooreenkomstig die handleiding van die gestruktureerde behandelingsprogram wat deur Heimberg (1991) ontwikkel is en bekend staan as die Kognitiewe Gedragsbehandeling vir Sosiale Fobie in 'n Groepsformaat. Hierdie program is op Beck (bv. Beck et al., 1985) se kognitiewe teorie gebaseer. Blootstelling, wat 'n sogenaamde gedragsterapeutiese tegniek is, maak 'n belangrike deel van die program uit. In die lig daarvan dat gedragsintervensies en -opdragte 'n integrale deel uitmaak van Beck se benadering (Gurnani & Wang, 1990) kan die program ook bloot 'n kognitiewe groepterapieprogram genoem word. Die term kognitiewe gedragsterapie maak dit egter duidelik dat 'n sogenaamde gedragsintervensie, naamlik blootstelling, 'n belangrike deel van die program uitmaak en word dan ook deur Heimberg-hulle gebruik in hulle verwysing na die program. Die effektiwiteit van hierdie program is oor die afgelope paar jaar in verskeie studies, oorwegend in die VSA, ondersoek (Brown et al., 1995; Gelernter et al., 1991; Heimberg, Becker et al., 1985; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg et al., 1994; Heimberg et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Hope, Herbert et al., 1995; Lucas & Telch, 1993).

Volgens Heimberg (1989) bestaan die program uit die volgende komponente:

- Verduideliking van die kognitiewe gedragsmodel van sosiale fobie en van die werking van die behandeling;
- Opleiding van pasiënte in die vaardighede van die identifikasie, analise, en betwisting van problematiese kognisies deur die gebruik van gestruktureerde oefeninge;
- Blootstelling van pasiënte aan simulaties van angstlokkende situasies gedurende behandeling in groepe;
- Die gebruik van kognitiewe herstruktureringsprosedures om pasiënte te leer om hulle wanaangepaste denke voor, gedurende en na die gesimuleerde blootstellings te beheer;
- Huiswerkopdragte vir *in vivo* blootstelling aan situasies wat reeds gekonfronteer is tydens die blootstellingsimulasies; en
- Die aanleer van 'n kognitiewe herstruktureringsroetine, vir gebruik voor en na blootstellingsopdragte.

In die huidige studie is kognitiewe herstrukturering en blootstelling gekombineerd in 12 weeklikse sessies van twee ure elk aangebied, soos in die handleiding van Heimberg (1991) omskryf word. Soos aanbeveel deur Heimberg (1991) is die groepe aangebied deur twee ko-terapeute, een manlike (die navorser) en een vroulike terapeut, beide kliniese sielkundiges met ervaring van die kognitiewe gedragsterapie. Hoewel Heimberg ses pasiënte per groep aanbeveel, is daar aanvanklik agt persone per groep toegelaat om voorsiening te maak vir attrisie.

Sessie 1

Die sessie het die volgende ingesluit:

- Bekendstelling van deelnemers en die twee terapeute;
- Herbeklemtoning van die grondreëls vir groeplidmaatskap;
- Deel van individuele probleme en doelstellings;
- Bespreking van 'n kognitiewe gedragsmodel van sosiale fobie;
- Bespreking van die komponente van behandeling naamlik blootstellingsimulasies, kognitiewe herstrukturering en huiswerkopdragte;
- Evaluasie van verwagtings vir behandelingsuitkoms;
- Aanvanklike opleiding in kognitiewe herstrukturering spesifiek met betrekking tot outomatiese gedagtes.

Groeplede se ervaring van depressie is ook weekliks kortliks gemonitor deur hulle te versoek om die graad van depressie op 'n 8-puntskaal aan te dui en meer inligting te gee wanneer 'n telling van 4 of meer aangedui is. In sulke gevalle sou die betrokke groeplid in 'n individuele onderhoud (ná die groepterapie-sessie) geëvalueer word om te bepaal of hy / sy nie aan 'n gemoedsversteuring ly wat verder hanteer behoort te word nie. Dit was egter nooit nodig nie. Die depressie-vraelyste is voor die aanvang van die sessies uitgedeel en voor die sessie deur die terapeute nagesien.

Die sessie is met 'n huiswerkopdrag afgesluit. Groeplede moes 'n steekproef van vyf tot tien outomatiese gedagtes, wat met die ervaring van angs in, of in antisipasie van bepaalde situasies geassosieer word, neerskryf. 'n Self-moniteringsvorm is hiervoor verskaf. Die meeste groeplede sou 'n voldoende aantal angstontlokkende situasies in hulle alledaagse lewe beleef, na aanleiding waarvan hulle die gevraagde outomatiese gedagtes kon identifiseer. Deelnemers wat egter in so 'n mate vermydend was dat hulle nie aan 'n voldoende aantal angstontlokkende situasies in hulle alledaagse lewe blootgestel word nie, moes verbeeldingsvoorstellings maak van situasies op hulle geïndividualiseerde vrees- en vermydingshiërargie en op hulle denke fokus.

Sessie 2

Die tweede groepsessie het die volgende ingesluit:

- Evaluasie van die graad van depressie;
- Hersiening van sessie 1 se huiswerkopdrag;
- Identifikasie van kognitiewe distorsies;
- Betwisting van outomatiese gedagtes en die ontwikkeling van rasonele response;
- Huiswerkopdragte, wat die invul van die Self-Monitor/Kognitiewe Herstruktureringvorm, soos deur Heimberg (1991) verskaf, behels het (sien Figuur 5.2). Hierdie vorm bestaan uit agt kolomme waarin die eerste ses kolomme as huiswerk ingevul moes word:
 - Datum
 - Beskrywing van die situasie
 - Outomatiese gedagtes
 - Kognitiewe distorsie(s) in elke outomatiese gedagte
 - Die betwistingsvrae, wat vir elke outomatiese gedagte gebruik is, en die antwoord op elke betwistingsvraag
 - 'n Rasonele respons vir elke outomatiese gedagte.
- Voorbereiding vir die aanvang van blootstellingsimulasies.

Sessies 3 tot 11

Vanaf sessie 3 is daar telkens binne groepverband op individuele groeplede gefokus. Dit het behels dat 'n blootstellingsimulasie met gepaardgaande kognitiewe herstrukturering gedoen is en dat die groeplid se huiswerk vir die sessie gekontroleer is.

Oor die seleksie van die situasie wat vir simulasie gebruik sou word, is met die betrokke lid op wie gefokus sou word, vooraf onderhandel. Hierdie proses het meesal begin deurdat die terapeute, op grond van die individu se Individuele Vrees- en Vermydingshiërargie en sy/haar doelstellings vir terapie, asook na aanleiding van inligting wat uit vorige groep- en huiswerk na vore gekom het, 'n bepaalde situasie voorgestel het. Vir 'n eerste blootstelling is 'n situasie wat 'n vreesbeoordeling van ongeveer 50 op die SUD-skaal behaal het, geselekteer. Die situasie moes binne die persoon se vermoë om dit uit te voer wees en nie komplekse of moeilike gedrag van die pasiënt vereis het nie. Met verdere sessies moes die pasiënt geleidelik

na situasies hoër op die hiërargie beweeg, sodat sy / haar mees gevreesde situasie (in terme van sy / haar doel met terapie) voor die einde van die behandeling kon konfronteer. Pasiënte is gewoonlik by mekaar se blootstellingsoefeninge betrek. So sou die res van die groep byvoorbeeld die gehoor speel vir iemand wat blootgestel moes word aan 'n toespraak-situasie. Soms is 'n ander groeplid of groeplede op so 'n wyse betrek dat hulle ook relevante blootstelling ontvang het. Byvoorbeeld, iemand wat bang was om 'n vraag voor ander te vra, moes 'n vraag stel as lid van die gehoor vir 'n groeplid wat 'n toespraak moes lewer. Tydens die blootstellingsoefening is die teikenpasiënt(e) elke 60 sekondes na 'n SUD-beoordeling gevra. Die Vorm vir Blootstellingsimulasies, soos deur Heimberg (1991) verskaf, is gebruik (Figuur 5.1).

Die doelstellings tydens die blootstellingsimulasies was om:

- Die pasiënt aan 'n realistiese vlak van sy/haar angs bloot te stel;
- Die pasiënt te help om in die situasie te bly en voort te gaan met die nodige optrede (dus sonder vermyding), ten spyte van sy/haar angs;
- Relevante kennis vir gebruik gedurende kognitiewe herstrukturering te identifiseer, en
- Om die pasiënt geleentheid te bied om kognitiewe behartigingsvaardighede te oefen terwyl hy/sy in 'n angstoestand verkeer.
- Om te verseker dat die pasiënt aan die gesimuleerde situasie blootgestel word, en daarby betrokke bly, totdat sy/haar angspeil (volgens SUD-beoordelings) 'n beduidende verlaging getoon het (i.e., 'n verlaging van minstens 10 tot 20 SUD, maar verkieslik meer).

Voor elke blootstellingsimulasie is die volgende gedoen:

- Werklike of moontlike outomatiese gedagtes is geïdentifiseer;
- Kognitiewe distorsies in hierdie outomatiese gedagtes is geïdentifiseer;
- Dispuutvrae ('n lys van sulke vrae is aan groeplede verskaf) is gebruik om geselekteerde outomatiese gedagtes te bevraagteken;
- Rationele kognitiewe response vir die geselekteerde outomatiese gedagtes is ontwikkel, en
- 'n Toepaslike doelstelling ten opsigte van optrede in die blootstellingsituasie is geïdentifiseer.

Tydens 'n blootstellingsimulasie is die volgende gedoen:

- Elke 60 sekondes, wanneer 'n SUD-beoordeling van die pasiënt bekom is, moes hy/sy die rationele response, wat op 'n skryfbord geskryf is, hardop lees;
- Pasiënte moes ook die rationele response gebruik wanneer disfunksionele outomatiese gedagtes by hulle opgekom het.

BLOOTSTELLINGSIMULASIE OPNAME-VORM

Pasiënt Groep

Datum Sessie Blootstelling

Beskrywing van Blootstellingsimulasie:

.....

.....

Ander betrokke:

.....

Pasiënt se doel in Blootstellingsimulasie:

.....

.....

Rasionele Respons(e) Gebruik in Blootstellingsimulasie:

.....

.....

SUD-Rekord:

<u>Tyd</u>	<u>Telling</u>
Aanvanklik
1 Minuut
2 Minute
3 Minute
4 Minute
5 Minute
6 Minute
7 Minute
8 Minute
9 Minute
10 Minute

Figuur 5.1: Vorm vir Blootstellingsimulasies

Na afloop van 'n blootstellingsimulasie is:

- Die pasiënt se doelstelling met die blootstellingsoefening en die bereiking daarvan geëvalueer;
- Die voorkoms van outomatiese gedagtes wat voor die blootstellingsimulasie gelys is, ondersoek;
- Die gebruik van rasionele response of ander kognitiewe behartigingsresponse, ondersoek;
- Die voorkoms van onverwagte outomatiese gedagtes en die pasiënt se pogings om dit te hanteer, ondersoek;
- Die ko-variasie tussen outomatiese gedagtes, rasionele response, en SUD-beoordelings, ondersoek en het
- Die pasiënt 'n samevatting gegee van sy belangrikste afleidings na aanleiding van die blootstellingsimulasie en kognitiewe herstrukturingsaktiwiteite.

Ander groeplede is ook by die kognitiewe herstruktureringsoefeninge van 'n bepaalde pasiënt betrek. Dit het behels dat insette ook van die ander groeplede gevra is tydens kognitiewe herstrukturering wat voor die sessie gedoen is en dat by afloop van die blootstellingsituasie terugvoer oor optrede in die situasie van hulle gevra is.

In sessie 3 is daar op twee groeplede met blootstelling en kognitiewe herstrukturering gefokus en in die oorblywende sessies op drie groeplede in elke sessie.

Wat huiswerk betref, is daar vanaf sessie 3 elke week spesifieke huiswerkopdragte aan elke groeplid gegee. Hierdie huiswerk het *in vivo* blootstelling aan situasies behels wat verwant is aan dit waaraan daar met die pasiënt in die sessies gewerk is en was in ooreenstemming die pasiënt se doelstellings vir terapie.

Die Opsomming van Huiswerkprosedures, wat deur Heimberg (1991) in sy handleiding verskaf word, is aan pasiënte gegee. Dit het behels dat hulle na kognitiewe voorbereiding, soortgelyk aan wat in die sessies voor blootstelling gedoen is, hulleself moes blootstel aan 'n situasie waarop daar in die voorafgaande sessie besluit is. Die kognitiewe voorbereiding het behels dat die tweede tot die vyfde kolom (situasie, outomatiese gedagtes, kognitiewe distorsies, dispuutvrae en –antwoorde, rasionele response) van die Selfmonitor / Kognitiewe Herstruktureringsvorm ingevul moes word (sien Figuur 5.2).

Tydens die *in vivo* blootstelling moes pasiënte:

- Fokus op hulle doelstellings;
- Die angs wat hulle in die situasie ervaar verdra en in die situasie bly sonder vermyding en totdat die situasie afgehandel is;
- Rasionele response gebruik om hulle angs te beheer;
- Oplet na wat hulle uit die huiswerkopdrag kan leer wat van waarde sal wees in die toekoms.

Datum	Situasie	Outomatiese Gedagtes	Kognitiewe Distorsies	Dispuutvrae en -antwoorde	Rasionele Response	Doelstellings	Doelstel- lings Bereik

Figuur 5.2: Selfmonitor /Kognitiewe Herstruktureringvorm

Na die *in vivo* blootstelling moes pasiënte:

- Dit wat gebeur het in detail in die Situasië-kolom van die Selfmonitor / Kognitiewe Herstruktureringvorm neerskryf;
- Beoordeel of hulle doelstellings bereik is en dit in die Doelstellings Bereik kolom aanteken;
- Die lys van outomatiese gedagtes wat voor die blootstelling opgestel is bestudeer en oplet na watter van hierdie gedagtes wel in die situasie voorgekom het. Hulle moes hulle-self afvra of hulle hulle rasionele response of ander kognitiewe behartigingsvaardighede ingespan het en of dit suksesvol was. Indien nie, moes hulle weer hulle outomatiese gedagtes bestudeer en hulle rasionele response heroorweeg;
- Oplet of ander outomatiese gedagtes as die wat voor die oefening gelys is by hulle opgekom het. Indien wel, moes hulle hulle-self afvra of hulle kognitiewe vaardighede ingespan het om dit te hanteer en of hierdie pogings suksesvol was. Indien hulle die kognitiewe vaardighede nie suksesvol gebruik het nie, moes hulle die gedagtes op die Selfmonitor / Kognitiewe Herstruktureringvorm neerskryf en daarmee werk soos hulle voor die blootstellingsoefening gedoen het.
- Oplet of enige outomatiese gedagtes met betrekking tot die huiswerk na afloop daarvan voorgekom het en, indien wel, dit hanteer soos die vorige outomatiese gedagtes.

Hierdie geskrewe huiswerk moes saamgebring word na die volgende groepsessie.

Sessies 3 tot 11 het dus samevattend ongeveer soos volg verloop:

- Evaluasie van vlak van depressie, voor die aanvang van die sessie;
- Hersiening van huiswerkopdragte van pasiënte wat nie vir blootstelling-oefeninge geskeduleer was nie;
- Die uitvoer van blootstellingsimulasies met die gepaardgaande kognitiewe herstrukturering. Dit het behels dat daar telkens op 'n bepaalde groeplid gefokus is, gewoonlik drie per sessie, met die uitsondering van sessie 3, waartydens daar slegs op twee individue onderskeidelik gefokus is. Hierdie fokus op 'n spesifieke pasiënt het ook die hersiening van die betrokke pasiënt se huiswerk behels;
- Die ontwikkeling van huiswerkopdragte vir die volgende week.

Sessie 12:

Een of twee blootstellingsimulasies vir maklike situasies wat elke pasiënt kort na die afsluiting van die groepsessies moes hanteer, of wat verdere werk aan 'n bepaalde tema behels het, is vir sessie 12 voorberei. Daar is dus gepoog om met sukseservarings af te sluit en nie met werk te begin wat nie deurgevoer kon word nie. Daar is dan ook gewoonlik nie gewerk aan situasies wat nog nie tevore aangespreek is nie. Hierdie sessie is egter hoofsaaklik daaraan gewy om pasiënte voor te berei vir die hantering van hulle angs nadat die behandeling verby was. Die volgende vrae is aan elke pasiënt gestel:

- Watter angstighede het hulle oorkom of beduidend verminder?
- Wat was die belangrikste aspek wat hulle in die groepe geleer het wat bygedra het tot vermindering van angs?
- Watter betwistingsvrae en rasionele response het hulle betekenisvol gevind?

- Watter angstighede het oorgebly?
- Watter spesifieke situasies het hulle nodig om te konfronteer om die oorblywende angste te oorkom?
- Watter spesifieke doelstellings moet hulle vir hulle-self stel om te help om die oorblywende angstighede teen te werk?
- Is daar spesifieke outomatiese gedagtes wat hulle steeds pla wanneer hulle aan hierdie doelstellings en situasies dink?

5.6.3 Blootstelling Alleen (BSA)

Die blootstelling alleen kondisie word ook in die handleiding van Heimberg (1991) beskryf en is reeds deels in Afdeling 5.6.3 bespreek. Dit het ook verloop soos reeds aangetoon, behalwe dat die kognitiewe herstrukturering komponent weggelaat is. Die rasionaal vir behandeling is gebaseer op die leermodel van klassieke kondisionering. Daar is geensins verwys na die rol van kognitiewe veranderlikes nie. Reeds vanaf die tweede sessie is die deelnemers geleidelik blootgestel aan gesimuleerde situasies. Soos in Afdeling 5.6.2 vermeld, is daar vir elke deelnemer tydens 'n individuele onderhoud 'n idiosinkratiese vrees- en vermydingshiërargie van situasies opgestel en simulatie-situasies uitgewerk waaraan hulle in die sessies blootgestel sou word. 'n Deelnemer is herhaaldelik aan so 'n situasie (gewoonlik met 'n SUD-beoordeling van 50 of laer) blootgestel totdat sy/haar angstige beduidende verlagings getoon het; gewoonlik met 20 SUD of meer. Daarna is die situasie vervang (of aangepas) met een hoër op die angsthiërargie en is die blootstellingsprosedures herhaal. Die deelnemers is geleer om hulle SUD-beoordelings op navraag te gee, sonder om hulle betrokkeheid by die gesimuleerde situasie te verloor. Dikwels is twee deelnemers gelyktydig blootgestel, byvoorbeeld in interaksie-situasies as hulle SUD-beoordelingsvlakke voor die aanvang van die blootstellingsoefeninge vir die spesifieke situasie naastenby ooreengestem het. Drie of vier deelnemers het gewoonlik binne elke sessie die geleentheid tot sistematiese, beplande blootstellingsbehandeling gekry. Al die deelnemers het aan die einde van elke sessie huiswerkopdragte ontvang wat hulle in die daaropvolgende week moes uitvoer. Dit het eerstens 'n algemene opdrag ingesluit dat elke deelnemer hom/haar so veel as moontlik moes blootstel aan situasies wat gevrees word en waarvoor hy/sy kans gesien het om aan te durf. Baie spesifieke, idiosinkratiese *in vivo* blootstellingsopdragte is ook vir elke deelnemer gegee nadat dit met hom/haar bespreek is. Afhangende van die vordering wat 'n deelnemer reeds in die behandelingsprogram gemaak het, dit wil sê sosiale situasies wat hy/sy met minder vrees leer hanteer het, is spesifieke situasies geïdentifiseer waaraan hy/sy hom moes blootstel. Dit het situasies behels waarvoor hy/sy kans gesien het om hom/haar aan bloot te stel en waarvan verwag is dat dit 'n hanteerbare mate van angst (gewoonlik nie meer as 50 SUD nie) tydens die blootstelling sou ontlok. Indien moontlik, moes die deelnemer hom/haar herhaaldelik aan die situasie blootstel en/of so lank in die situasie bly dat sy/haar angst 'n merkbare daling (ongeveer 20 SUD) getoon het. Hy / sy moes ook die situasies aanteken waaraan hy/sy hom/haar blootgestel het, hoe lank hy/sy in die situasie was en veranderinge wat voor, tydens en na blootstelling ten opsigte van sy/haar angstvlakke (gemeet op die SUD-skaal) voorgekom het. Daar is tyd in elke terapiessessie ingeruim om die resultate van die vorige week se huiswerkopdragte te bespreek en vrae te beantwoord, asook om die huiswerk vir die volgende week te beplan.

6. RESULTATE

6.1 DOELSTELLINGS

Die breë doelstelling van die huidige ondersoek was om die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepterapie-formaat, in die behandeling van indiwidue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese, te ondersoek en te vergelyk.

Die spesifieke doelwitte van die huidige studie was om vas te stel of

- 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die effekte daarvan gehandhaaf sou word oor 'n opvolgperiode van 3 maande;
- blootstelling alleen, effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die behandelingseffekte van blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode;
- die twee behandelinspakkette, naamlik kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, wat effektiwiteit betref verskil het ; en
- indien wel, of die verskille tussen die effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode; en

6.2 HIPOTEESES

Na aanleiding van hierdie doelstelling en doelwitte, is die volgende hipoteses gestel:

- 6.2.1.1 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (*teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping, teikenfobie-vermyding en teikenfobie-angs*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.2 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.3 In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes (*sosialefobie-vermyding, sosialefobie-observasie-angs, sosialefobie-interaksie-angs, sosialefobie-algemenesimptomatologie, sosialefobie-vermyding/ongemak en sosialefobie-ongemak/belemmering*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.4 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- 6.2.1.5 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit, vrees-vir-negatiewe-evaluasie, en aandagsverdraaiing*) aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.6 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.7 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.8 Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.9 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.10 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.11 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.12 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.13 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.14 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.15 In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.16 Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.17 Blootstelling alleen sal in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes tot gevolg hê.
- 6.2.1.18 Die beduidend groter verbeterende effek van blootstelling alleen in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

- 6.2.1.19 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling nie.
- 6.2.1.20 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.
- 6.2.1.21 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling sal in vergelyking met blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- 6.2.1.22 Die beduidend groter verbeterende effek van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling as blootstelling alleen op die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- 6.2.1.23 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van behandeling nie.
- 6.2.1.24 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.
- 6.2.1.25 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling nie.
- 6.2.1.26 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

In hierdie hoofstuk sal afkortings (wat tussen hakies verskyn) gebruik word om na kognitiewe herstrukturering plus blootstelling (KH+BS), blootstelling alleen (BSA) en die waglys-kontrolekondisie (WLK) te verwys.

6.3 KATEGORISERING VAN DIE AFHANKLIKE VERANDERLIKES

Die meetmiddels en indekse van die afhanklike veranderlikes is ter wille van die rapportering van die resultate in vier kategorieë gegroepeer. Die eerste kategorie bevat meetmiddels wat verband hou met 'n spesifieke teikenfobie, naamlik (a) die Teikenfobieskaal waarvan die tellings omgeskakel is na 'n Teikenfobie Indeks (TEIK-I) (wat 'n aanduiding gee van die erns van die teikenfobie-simptome angs, vermyding en ontsnapping; dus *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping*); (b) die Fear Questionnaire – Target Phobia (FQ-TP) (wat die mate van *teikenfobie-vermyding* meet), en (c) die Subjektiewe Eenhede van Ongemak Skaal, ook genoem Subjektiewe Angsskaal (SUDS) (wat subjektiewe angs na 'n

verbeeldingsvoorstelling van die teikenfobie-situasie meet; dus *teikenfobie-angs*). Die tweede kategorie bevat meetmiddels wat afhanklike veranderlikes meet wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, naamlik (a) die Fear Questionnaire – Social Phobia (FQ-SP) (wat die graad van *sosialefobie-vermyding* meet); (b) die Social Phobia Scale (SPS) (wat angs in situasies meet waarin observasie deur ander ter sprake is; dus *sosialefobie-observasie-angs*); (c) die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (wat angs in sosiale interaksie situasies meet; dus *sosialefobie-interaksie-angs*); (d) die Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score (SPAI-TS) (wat die graad van sosiale fobie soos gereflekteer deur algemene simptome in 'n wye verskeidenheid van situasies meet; dus *sosialefobie-algemenesimptomatologie*); (e) die Social Avoidance and Distress Scale (SAD) (wat sosiale vermyding en ongemak in sosiale situasies meet; dus *sosialefobie-vermyding/ongemak*), en (f) die Fear Questionnaire – Disturbance Scale (FQ-DS) (wat die die steurende en belemmerende effek van sosialefobie-vermyding meet; dus *sosialefobie-ongemak/belemmering*). Die derde kategorie bevat meetmiddels wat kognitiewe afhanklike veranderlikes meet wat met sosiale fobie verband hou, naamlik (a) die Gedagtelystegniek SOM-ratio (GLT-SOM) (wat aanduidend is van die funksionaliteit van outomatiese gedagtes; dus *gedagte-funksionaliteit*); (b) die Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) (wat *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* meet), en (c) die emosionele-Strooptaak – Verskiltelling (STROOP) (wat aanduidend is van die mate van kognitiewe inmenging met aandagsprosesse tydens 'n kleurbenoemingstaak van sekere woorde; dus *aandagsverdraaiing*). Die vierde kategorie bevat 'n meetmiddel wat die afhanklike veranderlike depressie meet, naamlik die Beck Depression Inventory (BDI).

Die meetmiddels binne elke kategorie hou, op 'n bepaalde vlak beskou, verband met mekaar deurdat hulle breedweg dieselfde tipe veranderlike meet (bv. teikenfobie), maar op ander vlakke beskou, kan hulle binne 'n bepaalde kategorie weer merkbaar van mekaar verskil wat betref dit wat hul meet (bv. vermyding versus subjektiewe angstigheid). Verder moet daarop gelet word dat die GLT streng gesproke ook as 'n teikenfobie-metmiddel geklassifiseer sou kon word, aangesien 'n teikenfobie-toneel betrek word in die toepassing van hierdie tegniek.

Die resultate word in drie komponente bespreek. Eerstens word die beskrywende statistiek aangegee, daarna volg die interkorrelasies van die afhanklike veranderlikes, en laastens word die resultate wat verband hou met die effektiwiteit van terapie gerapporteer.

6.4 BESKRYWENDE STATISTIEK

Die beskrywende statistiek, dit wil sê die rekenkundige gemiddeldes (RG's) en standaardafwykings (SA's), van die afhanklike veranderlikes gemeet op drie metingstadias (voor-, na-, en opvolgmeting) van die hoofgroepe (KH+BS, BSA, en WLK), asook van kombinasies van die hoofgroepe (bv. KH+BS en WLK gekombineer), word in hierdie afdeling gerapporteer. Die rede waarom die beskrywende statistiek ook vir die gekombineerde groepe gerapporteer word, is omdat die MANOVA's se hoofeffekte van Tyd, wat in verdere afdelings ter sprake kom, op die resultate van hierdie gekombineerde groepe berus.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die KH+BS groep ($n=15$), gemeet op die drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.1.

Tabel 6.1

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep ($n=15$) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.63	1.43	3.04	1.47	2.99	1.75
FQ-TP	6.93	1.22	2.87	2.13	3.53	2.70
SUDS	85.33	9.72	41.67	16.11	46.67	20.67
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	23.80	8.33	13.27	9.22	15.27	9.75
SPS	41.40	18.00	23.00	16.41	21.87	17.56
SIAS	49.00	18.43	33.13	16.97	33.87	19.81
SPAI-TS	104.27	22.75	68.80	21.90	68.33	27.99
SAD	23.33	6.95	13.87	6.42	14.73	8.74
FQ-DS	6.60	1.45	3.73	1.53	4.20	2.24
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.88	.06	.67	.17	.49	.30
FNE	26.60	3.09	19.07	6.71	18.87	8.30
STROOP	9.43	7.64	2.99	3.55	4.51	5.53
<i>Depressie</i>						
BDI	16.33	9.04	6.87	5.34	4.73	4.22

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die BSA groep ($n=15$), gemeet op drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.2.

Tabel 6.2

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die BSA Groep (n=15) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.47	1.26	2.76	1.15	2.77	1.40
FQ-TP	6.80	1.57	2.73	2.05	2.87	2.20
SUDS	85.33	12.60	61.33	15.52	53.00	19.44
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	24.13	8.90	14.53	8.74	13.73	8.76
SPS	44.00	19.14	27.13	18.67	24.13	15.76
SIAS	48.67	13.75	35.13	15.40	32.20	12.84
SPAI-TS	99.27	31.59	69.60	28.15	69.80	41.36
SAD	20.53	7.09	14.47	8.37	14.80	9.13
FQ-DS	5.67	1.95	3.40	1.64	3.40	1.68
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.12	.03	.29	.23	.42	.31
FNE	27.13	2.92	22.73	6.75	22.73	6.16
STROOP	9.81	12.71	5.72	8.23	2.85	7.14
<i>Depressie</i>						
BDI	18.60	14.69	10.00	7.36	7.27	7.58

Nota. BSA = blootstelling alleen; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die WLK groep ($n=14$), gemeet op drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.3.

Tabel 6.3

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die WLK Groep (n=14) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.61	1.38	5.57	1.32	5.60	1.18
FQ-TP	7.00	1.47	6.93	1.27	6.93	1.27
SUDS	83.36	15.17	81.43	10.08	80.71	13.43
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	25.64	10.18	24.14	9.81	24.21	7.94
SPS	46.21	17.98	42.57	21.60	40.14	22.65
SIAS	46.43	17.47	46.64	22.02	44.36	19.30
SPAI-TS	102.29	23.68	99.36	30.76	94.14	34.66
SAD	21.29	7.64	19.79	7.84	19.93	8.46
FQ-DS	6.86	1.61	6.64	1.74	6.71	1.38
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.14	.11	.16	.14	.17	.20
FNE	23.29	6.83	21.64	8.42	21.50	9.10
STROOP	8.74	9.13	7.45	15.55	8.20	10.95
<i>Depressie</i>						
BDI	20.29	12.56	20.21	13.91	17.57	10.21

Nota. WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die KH+BS groep gekombineer met die WLK groep ($n=29$), gemeet op drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.4.

Tabel 6.4

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep Gekombineer met die WLK Groep (n=29) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.62	1.38	4.26	1.88	4.25	1.99
FQ-TP	6.97	1.32	4.83	2.70	5.17	2.71
SUDS	84.38	12.45	60.86	24.20	63.10	24.44
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	24.69	9.15	18.52	10.85	19.59	9.88
SPS	43.72	17.84	32.45	21.22	30.69	21.88
SIAS	47.76	17.70	39.66	20.40	38.93	19.94
SPAI-TS	103.31	22.80	83.55	30.34	80.79	33.49
SAD	22.35	7.23	16.72	7.63	17.24	8.86
FQ-DS	6.72	1.51	5.14	2.18	5.41	2.24
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.13	.09	.33	.27	.34	.30
FNE	25.00	5.41	20.31	7.56	20.14	8.64
STROOP	9.09	8.24	5.14	11.12	6.29	8.63
<i>Depressie</i>						
BDI	18.24	10.87	13.31	12.25	10.93	10.00

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die BSA groep gekombineer met die WLK groep (n=29), gemeet op drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.5.

Tabel 6.5

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die BSA Groep Gekombineer met die WLK Groep (n=29) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.54	1.30	4.12	1.87	4.14	1.92
FQ-TP	6.90	1.50	4.76	2.72	4.83	2.73
SUDS	84.38	13.68	71.03	16.50	66.38	21.71
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	24.86	9.40	19.17	10.33	18.79	9.80
SPS	45.07	18.29	34.59	21.27	31.86	20.71
SIAS	47.59	15.41	40.69	19.44	38.07	17.13
SPAI-TS	100.72	27.60	83.97	32.63	81.55	39.58
SAD	20.90	7.24	17.03	8.42	17.28	9.04
FQ-DS	6.24	1.86	4.97	2.34	5.00	2.27
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.13	.08	.23	.20	.30	.29
FNE	25.28	5.46	22.21	7.48	22.14	7.60
STROOP	9.29	10.94	6.56	12.12	5.43	9.41
<i>Depressie</i>						
BDI	19.41	13.49	14.93	11.99	12.24	10.23

Nota. BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die beskrywende statistiek van die afhanklike veranderlikes van die KH+BS groep gekombineer met die BSA groep (n=30), gemeet op drie metingstadia, verskyn in Tabel 6.6.

Tabel 6.6

Beskrywende Statistiek van die Afhanklike Veranderlikes van die KH+BS Groep Gekombineer met die BSA Groep (n=30) op Drie Metingstadia

Skale	Metingstadium					
	Voor		Na		Opvolg	
	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>	<u>RG</u>	<u>SA</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	5.55	1.33	2.90	1.31	2.88	1.57
FQ-TP	6.87	1.38	2.80	2.06	3.20	2.44
SUDS	85.33	11.06	51.50	18.48	49.83	19.98
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	23.97	8.47	13.90	8.85	14.50	9.14
SPS	42.70	18.30	25.07	17.40	23.00	16.43
SIAS	48.83	15.98	34.13	15.95	33.03	16.42
SPAI-TS	101.77	27.17	69.20	24.79	69.07	34.71
SAD	21.93	7.04	14.17	7.34	14.77	8.78
FQ-DS	6.13	1.76	3.57	1.57	3.80	1.99
<i>Kogn. Veranderlikes</i>						
GLT-SOM	.11	.05	.39	.26	.47	.30
FNE	26.87	2.97	20.90	6.87	20.80	7.44
STROOP	9.62	10.30	4.35	6.38	3.68	6.33
<i>Depressie</i>						
BDI	17.47	12.04	8.43	6.52	6.00	6.16

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen;

TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

6.5 INTERKORRELASIES

In Tabel 6.7 verskyn die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes by die voormeting vir die totale steekproef van 60 deelnemers wat betrek was by die navorsingsprojek waarvan die huidige studie deel vorm.

Tabel 6.7

Interkorrelasies Tussen die Afhanklike Veranderlikes by die Voormeting (N=60)

Skale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. TEIK-I	--	.51	.37	.33	.17	.18	.09	.25	.28	-.31	-.09	.10	.15
2. FQ-TP		--	.37	.54	.43	.28	.19	.21	.42	-.35	.26	.07	.22
3. SUDS			--	.06	.13	.01	.06	.06	.29	-.10	-.03	.15	.00
4. FQ-SP				--	.81	.67	.41	.56	.23	-.30	.53	.25	.50
5. SPS					--	.72	.47	.57	.25	-.09	.55	.14	.56
6. SIAS						--	.61	.70	.15	-.21	.50	.07	.61
7. SPAI-TS							--	.54	.15	.07	.34	.10	.25
8. SAD								--	.12	-.02	.34	.14	.53
9. FQ-DS									--	-.19	.07	-.12	.19
10. GLT-SOM										--	-.22	-.15	-.23
11. FNE											--	.10	.36
12. STROOP												--	-.01
13. BDI													--

Nota. TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Die afhanklike veranderlikes waarvan die interkorrelasies in Tabel 6.7 verskyn, is in die huidige ondersoek betrek omdat hulle op teoretiese gronde met sosiale fobie verband hou en daar dus verwag kan word dat hulle ook met mekaar verband sal hou. 'n Meer betekenisvolle metode om hierdie korrelasies te evalueer is om eerder hul grootte as bloot hul statistiese beduidendheid te bestudeer. 'n Gesaghebbende bron op statistiese krag-analise en die populasie-effekgroottes van verskillende statistiese toetse (Cohen, 1992) klassifiseer korrelasiekoëffisiënte van .10 as klein, .30 as medium, en .50 as groot.

'n Rede waarom die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes gerapporteer word, hou eerstens verband met die interpretasie van die resultate verduidelik in hierdie hoofstuk en in Hoofstuk 7. Wanneer die effekte van twee behandelings, of 'n behandeling en die waglys-kontrolekondisie, vergelyk word ten opsigte van 'n relatief groot verskeidenheid van afhanklike veranderlikes, soos in die huidige ondersoek, kan verwag word dat daar veranderlikes gaan wees ten opsigte waarvan die effekte tussen twee van die kondisies beduidend sal verskil, en ander ten opsigte waarvan die verskille weer onbeduidend sal wees. Om te kan verklaar waarom sekere afhanklike veranderlikes met mekaar ooreenstem en met ander verskil wat die differensiële effekte van verkillende kondisies betref, kan dit waardevol wees om te weet wat die korrelasies tussen hierdie afhanklike veranderlikes was. Daar kan byvoorbeeld verwag word dat veranderlikes wat relatief hoog met mekaar korreleer meer geneig sal wees om eenders deur 'n bepaalde behandeling of 'n waglys-kontrolekondisie geaffekteer te word as veranderlikes wat relatief laag met mekaar korreleer.

'n Tweede rede waarom die interkorrelasies gerapporteer word, hou verband met die kategoriale indeling van die afhanklike veranderlikes in die huidige ondersoek in vier groepe, naamlik die teikenfobie-, sosiale fobie- en kognitiewe veranderlikes, en graad van depressie. Die verdeling is op konseptuele gronde gedoen, maar om die effekte en differensiële effekte van behandeling binne elkeen van hierdie groepe beter te kan verstaan en dit ook meer sinvol met dié in ander groepe te kan vergelyk, is dit nodig om die ooreenkomste en verskille binne en tussen hierdie kategorieë van veranderlikes in gedagte te hou. Dit word vervolgens bespreek.

Die teikenfobieskaal het medium tot hoë interkorrelasies gedemonstreer. Van die drie skale het SUDS die laagste met die ander twee gekorreleer. TEIK-I en FQ-TP, wat 'n hoë korrelasie met mekaar toon, stem ooreen ten opsigte van die meting van vermyding van 'n spesifieke teikenfobie, beoordeel op 'n 9-punt Likert tipe skaal. Die SUDS daarenteen meet subjektiewe angs beoordeel na blootstelling op verbeeldingsvlak na 'n uitgebreide beskrywing van 'n situasie waarvan die teikenfobie deel vorm. Die metingskaal van die sosialefobie-veranderlikes het, met uitsondering van die FQ-DS, hoog met mekaar gekorreleer. Dit is verklaarbaar. Die sosiale fobie meetmiddels wat hoog met mekaar korreleer, meet veranderlikes wat met die angs en vermyding van gevreesde sosiale situasies verband hou, terwyl die FQ-DS die mate meet waarin die individu se sosiale fobie sy/haar alledaagse lewe ontwig. Dit beteken natuurlik nie dat die probleem se belemmerende effekte noodwendig min is nie, maar dat angs en vermydingsresponse in gevreesde situasies in 'n groter mate met mekaar as met die ontwiggende effek op die alledaagse lewe geassosieer word. Die kognitiewe veranderlikes se korrelasies is aan die lae kant. Lae korrelasies van die STROOP met die ander twee kognitiewe meetmiddels is te verstane, omdat die STROOP hoofsaaklik die produk van outomatiese (onbewuste) kognitiewe prosesse meet en die GLT en FNE die produk van strategiese (bewuste) prosesse. Die negatiewe korrelasies tussen die GLT-SOM en die ander skale en indekse was te wagte, omdat eersgenoemde 'n positiewe verskynsel meet en die ander meetmiddels psigopatologiese verskynsels. Die BDI se korrelasies was geneig om hoër te wees met algemene sosialefobie-simptomatologie en die *vrees-vir-negatiewe-evalsuasie* as met angs, vermyding en die funksionaliteit van gedagtes in teikenfobie-situasies. Die graad van depressie wat 'n individu ervaar, hou dus meer verband met sy/haar algemene sosialefobie-simptomatologie, as met probleme wat hy/sy ten opsigte van spesifieke teikensituasies ervaar. Die redelike lae korrelasie met die

FQ-DS dui daarop dat graad van depressie ook minder met die ontwrigtende effek op die alledaagse lewe verband gehou het, as met die spesifieke emosionele en gedragseffekte in verskeie sosiale situasies.

Die interkorrelasies tussen die afhanklike veranderlikes betrek in die huidige studie ondersteun dus grootliks die konseptuele basis wat gebruik is om die skale in vier verskillende kategorieë te verdeel.

6.6 TERAPIE-UITKOMS

Die resultate wat betrekking het op terapie-uitkoms, word in drie afdelings gerapporteer, naamlik (a) 'n ondersoek van die homogeniteit van variansie van die drie terapie-kondisies (i.e., die twee behandelings en die waglys-kontrolekondisie), (b) 'n ondersoek van moontlike verskille tussen die groepe op voormetingsvlak, en (c) die effek van terapie (i.e., die verskille tussen en binne groepe).

Die statistiese model wat gebruik is om die meeste van die hipoteses van die huidige studie te ondersoek is die Multiveranderlike Variansie-analise (MANOVA) Herhaalde Metingsontwerp, wat ook bekend staan as 'n Herhaalde Meting MANOVA. Streng gesproke is die model eintlik 'n Tweerigting Herhaalde Meting Variansie-analise (ANOVA), waar die term "tweeërting" verwys na twee onafhanklike veranderlikes, naamlik Behandeling (d.w.s. behandelingsgroep) en Tyd. Die resultate van die meting van een afhanklike veranderlike op 'n slag is met hierdie model ondersoek. 'n "Ware" MANOVA is 'n model waar effekte op meer as een afhanklike veranderlike gelyktydig statisties geanaliseer en ondersoek word. Tweerigting ANOVAS het met verloop van tyd ook bekend begin staan as "MANOVA's". Alhoewel dit tegnies gesproke nie heeltemal korrek is nie, is dit die term wat meestal in die literatuur gerapporteer en daarom in die huidige ondersoek gebruik word.

Die roudata wat vir Herhaalde Meting MANOVA's ingevoer word, word eers binne die model getransformeer na tellings wat liniêre kombinasies van die herhaalde metings vorm, op so 'n wyse dat die verskille tussen die veranderlikes (in die huidige ondersoek 'n enkele afhanklike veranderlike en twee onafhanklike veranderlikes, naamlik behandelingskondisie en tyd) gemaksimaliseer word. In MANOVA's word na hierdie getransformeerde veranderlikes verwys met simbole soos T1, T2 en T3.

In MANOVA word hoofeffekte, naamlik die hoofeffek Behandeling (op twee vlakke, d.w.s. vir twee groepe) en die hoofeffek Tyd (op drie vlakke, naamlik voor-, na- en opvolgmeting), sowel as interaksie-effekte (Behandeling X Tyd) ondersoek. In die geval van die hoofeffek Behandeling (soms ook genoem "Groepe") word verskille-tussen-groepe, ongeag tyd, ondersoek, en in die geval van die hoofeffek Tyd word verskille-binne-groepe ondersoek, dit wil sê, ongeag groep, of, uit 'n rekenkundige oogpunt beskryf: verskille oor tyd heen vir die twee groepe gekombineer in een groter groep. By Tyd as hoofeffek verwys die transformasie T1 na die resultaat van 'n multiveranderlike toets van veranderinge in die afhanklike veranderlike oor die totale tydsverloop heen. 'n Beduidende T1 dui daarop dat T2 en/of T3 beduidend sal wees. Die transformasie T2 verwys na die resultaat van 'n enkelveranderlike toets en dan spesifiek vir die tydperk vanaf voor- tot by nameting, en T3 na veranderinge vanaf voor- tot by opvolgmeting, met inagneming van wat van voor- tot by nameting gebeur het. Uit 'n rekenkundige oogpunt beskryf, sou ook

gesê kon word dat T3 'n toets is van die effekte van die voor- en nametings gekombineer en hierdie kombinasie word dan vergelyk met die opvolgmetings. As dit grafies voorstel sou word, sou dit daarop neerkom dat die gemiddeldes van 'n gekombineerde groep (bv. van 'n terapie-groep en 'n waglys-kontrolegroep of van twee terapie-groepe, want dit gaan hier oor die hoofeffek Tyd), van voor- na nameting 'n lyn vorm wat óf parallel met die basislyn loop (en dan sal T2 onbeduidend wees), of nie parallel daarmee loop nie (waar T2 dan in so 'n geval beduidend sal wees). T3 is 'n soortgelyke toets as T2, maar vir die periode vanaf die voormeting tot by opvolg. Die beduidenheid van T3 word egter ook beïnvloed deur die tellings by nameting, en hang dus nie net af van hoe parallel die lyn met die basislyn in die grafiese voorstelling is nie.

Wat interaksie-effekte betref, is daar ook die drie toetse van die getransformeerde veranderlikes, naamlik T1 (oor die totale tydsverloop heen), T2 (voor- na nameting) en T3 (voor- na opvolgmeting, met in ag genome wat vanaf voor- na nameting gebeur het). Grafies voorgestel sou dit kon beteken dat twee lyne (waar elkeen 'n bepaalde groep se gemiddeldes verbind) byvoorbeeld saam begin by voormeting (dus geen verskille tussen groepe hier nie) en dan met 'n hoek weg van mekaar na nameting (in so 'n mate dat T2 beduidend is) en dan byvoorbeeld parallel met mekaar na opvolgmeting toe. Veronderstel die onderste lyn is 'n aktiewe behandeling (noem dit behandeling A) en die boonste lyn is dié van 'n kontrolegroep. Veronderstel verder die kontrolegroep se gemiddeldes vir voor-, na- en opvolgmeting was onderskeidelik 80, 80 en 80, en dié vir behandeling A 80, 60 en 60. In hierdie geval mag die verandering tussen die groepe van voor- na opvolgmeting (T3) beduidend wees, gegee die verandering vanaf voor- na nameting, maar veronderstel behandeling A se nameting was nie 60 nie, maar byvoorbeeld 10. In so 'n geval mag T3 dalk nie beduidend wees nie. Om prakties te wees: in eersgenoemde geval kan verklaar word dat voor- na nametingsverskille gehandhaaf is na opvolg toe, maar nie in die tweede geval nie. As in albei die gevalle bloot net die verandering van voor- na opvolgmeting getoets is sonder om voor- na nameting in ag te neem, sou dieselfde resultaat verkry word, maar dit is tog duidelik dat in eersgenoemde geval verandering gehandhaaf is en in die tweede geval nie.

Wat Tyd as hoofeffek betref, asook wat die interaksie-effekte betref, sal slegs die transformasies T2 en T3 gerapporteer word, aangesien rapportering van T1 in so 'n geval eintlik oorbodig sal wees.

6.6.1 Variansie-homogeniteitstoetse

Die statistiese model Herhaalde Meting MANOVA berus op sekere aannames, waaronder die aanname dat die variansies van die groepe wat ondersoek word nie beduidend mag verskil nie. Ten einde te bepaal of die aanname oor die homogeniteit van variansie van die verskillende groepe nagekom is, word die statistiek Box's M (George & Mallery, 1999) gebruik. Normaalweg word 'n geldigheidspeil van hoër as 10% ($p > .10$) beskou as aanduiding dat die aanname oor homogeniteit nie geskend is nie (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Aangesien die resultate van drie kondisies (die twee behandelings en 'n waglys-kontrolekondisie) in pare van twee met mekaar met behulp van Herhaalde Meting MANOVA's vergelyk is, moet die variansie-homogeniteit van drie pare kondisies ondersoek word, naamlik elkeen van die behandelings in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie en die behandelings in vergelyking met mekaar. Die resultate van die homogeniteitstoetse verskyn in Tabel 6.8.

Tabel 6.8

Multiveranderlike Toets vir Variansie-Homogeniteit van Drie Pare Kondisies

Skale	KH+BS en WLK groepe		BSA en WLK groepe		KH+BS en BSA groepe	
	<u>Box's M</u>	<u>p</u>	<u>Box's M</u>	<u>p</u>	<u>Box's M</u>	<u>p</u>
<i>Teikenfobie</i>						
TEIK-I	4.85	.641	3.11	.842	2.65	.886
FQ-TP	10.93	.143	10.26	.173	2.40	.909
SUDS	17.31	.019	9.98	.187	2.31	.916
<i>Sosiale fobie</i>						
FQ-SP	5.59	.556	5.88	.523	3.20	.831
SPS	5.78	.534	14.68	.045	4.50	.681
SIAS	6.44	.463	11.31	.128	8.58	.271
SPAI-TS	4.90	.636	12.22	.097	7.74	.336
SAD	15.26	.037	10.04	.184	7.98	.316
FQ-DS	12.82	.081	9.49	.215	3.30	.820
<i>Kogn. veranderlikes</i>						
GLT-SOM	60.62	.000	68.55	.000	15.68	.032
FNE	17.32	.019	14.34	.050	3.13	.838
STROOP	33.18	.000	16.87	.022	13.95	.055
<i>Depressie</i>						
BDI	26.54	.001	32.37	.000	8.94	.246

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen;

WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia;

SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia

Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total

Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale;

GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP =

Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

Soos genoem, word 'n geldigheidspeil van hoër as 10% ($p > .10$) beskou as aanduiding dat die aanname oor gelyke homogeniteit nie geskend is nie. Die Box's M is egter 'n baie kragtige toets en daar kon voortgegaan word met die analisering en rapportering van die gegewens (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Uit Tabel 6.8 blyk dit dat daar egter wel gevalle is waar die variansie-homogeniteit van groepe in so 'n mate verskil dat dit 'n nadelige effek op die geldigheid van die resultate

van die Herhaalde Meting MANOVA's kon hê. Die vereiste van genoegsame variansie-homogeniteit kan ten opsigte van die volgende groepe en metings bevraagteken word: (a) Vir die KH+BS en die WLK groepe ten opsigte van die volgende metings: SUDS, SAD, FQ-DS, GLT-SOM, FNE, STROOP en BDI, (b) vir die BSA en die WLK groepe ten opsigte van die volgende metings: SPS, SPAI-TS, GLT-SOM, FNE, STROOP en BDI, en (c) vir die KH+BS en die BSA groepe ten opsigte van die volgende metings: GLT-SOM en STROOP.

'n Paar sake behoort egter by die interpretasie van die resultate in gedagte gehou te word. Eerstens is dit reeds genoem, en belangrik om te beklemtoon, dat die statistikus wat gekonsulteer is die resultate van die MANOVA's as geldig beskou. In die geval van oënskynlik teenstrydige resultate, of resultate wat uit 'n logiese redeneringsoogpunt nie sin maak nie, kan die resultate van die homogeniteitstoetse gebruik word om dalk meer lig op die saak wat ter sprake is te werp. Daar moet in gedagte gehou word dat Box's M 'n multiveranderlike toets is wat 'n aanduiding van variansie-homogeniteit op drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) gee. Enkelveranderlike toetse, onder andere Cochran's C, is vir elke metingstadium afsonderlik bereken en sal in gevalle waar dit nodig geag word, gerapporteer en bespreek word.

Alhoewel hoofeffekte vir tyd nie gebruik word vir hipotese-toetsing in die huidige ondersoek nie, word die resultate tog genoem en kom dit ter sprake in Hoofstuk 7 wanneer die resultate van die huidige studie met dié van ander ondersoeke vergelyk word. In die geval van die hoofeffekte vir tyd vir die MANOVA's waar die effekte van die BSA en WLK groepe vergelyk word (Afdeling 6.7.3.2), sou probleme met variansie-homogeniteit tot foutiewe afleidings kon lei en dit word vervolgens bespreek. Die hoofeffek vir tyd vir die BSA en WLK groepe gekombineer is vir 'n sekere groep veranderlikes beduidend vir die periode voor- tot by nameting, maar ten spyte van die feit dat die gemiddeldes van die gekombineerde BSA+WLK groep vir hierdie veranderlikes verder daal na opvolgmeting, is die hoofeffek vir tyd vir die transformasie T3 (voor- tot opvolgmeting) nie beduidend nie, en dit sou geïnterpreteer kon word as aanduiding dat die beduidende effekte nie in die opvolgperiode in stand gehou is nie, terwyl dit wel is (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Die skale ter sprake is SPS, SIAS, SPAI-TS, GLT-SOM, FNE en BDI, en met uitsondering van die SIAS, is Box's M < 0.1 vir al hierdie skale wat variansie-homogeniteit ten opsigte van die BSA en WLK groepe betref. Dit sou dalk 'n rede kon wees vir die ongewone resultate van die MANOVA's wat T3 by die hoofeffek vir tyd betref. Dit is egter nie net probleme met variansie-homogeniteit wat vir die ongewone resultate verantwoordelik hoef te wees nie. In die geval van die SIAS (Box's M = 0.128) kon veranderinge in die verspreidingswydte van die gekombineerde groep op die verskillende metingstadia (i.e., S.A. = 15.41, 19.44 en 17.13, tydens die voor-, na- en opvolgmeting onderskeidelik) dalk ook tot die ongewone bevinding kon bygedra het (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998).

6.6.2 Voormeting-verskille

Voordat voortgegaan kon word met 'n ondersoek van die effek van terapie en die rapportering van die resultate van die MANOVA's, was dit belangrik om na te gaan of daar voormeting-verskille tussen die behandelingsgroepe en WLK groep was. 'n Enkelrigting-anova op al die groepe wat betrokke was by die groter projek waarvan die huidige studie deel gevorm het, naamlik (a) KH+BS ($n=15$), (b) BSA ($n=15$), (c)

'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering, blootstelling en hipnose (KH+BS+Hipn.; $n=16$), en (d) die WLK groep ($n=14$), het aangetoon dat daar geen groepe was wat beduidend van mekaar in terme van voormetings verskil het nie. Die resultate verskyn in Tabel 6.9.

Tabel 6.9

Vergelyking van die Behandelingskondisies KH+BS ($n=15$), BSA ($n=15$), KH+BS+Hipn. ($n=16$) en WLK ($n=14$) in Terme van Voormetings Deur Middel van ANOVA

Skale	F	p
<i>Teikenfobie</i>		
TEIK	.33	.803
FQ-TP	.10	.959
SUDS	1.47	.232
<i>Sosiale fobie</i>		
FQ-SP	.11	.953
SPS	.19	.902
SIAS	.16	.926
SPAI-TS	.08	.969
SAD	.45	.722
FQ-DS	1.73	.172
<i>Kogn. veranderlikes</i>		
GLT-SOM	.67	.574
FNE	1.73	.172
STROOP	.03	.993
<i>Depressie</i>		
BDI	1.29	.289

G.V.: 3, 56

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; KH+BS+Hipn = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling plus hipnose; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling; BDI = Beck Depression Inventory.

6.6.3 Effek van terapie: verskille tussen en binne groepe

In hierdie afdeling word die resultate gerapporteer waardeur al die hipoteses getoets is. Die statistiese model wat gebruik is om die verskillende effekte op elke afsonderlike afhanklike veranderlike te ondersoek, is die Herhaalde Meting Multiveranderlike Variansie-analise (MANOVA).

'n Ondersoek van die hipotese dat 'n bepaalde behandeling effektief sou wees (voor- tot nameting), en 'n tweede hipotese, naamlik dat as daar beduidende verbetering was, die effekte van die behandeling volgehou sou word (voor- tot opvolgmeting), maak gebruik van 'n stel MANOVA-analises wat logies met mekaar verband hou en 'n eenheid vorm. Daarom sal die resultate waarmee hierdie twee tipes hipoteses ondersoek word onmiddelik opeenvolgend vir elke veranderlike gerapporteer word en nie in twee aparte afdelings nie.

Alhoewel rapportering van die resultate in hierdie afdeling in ooreenstemming met die gestelde hipoteses sal geskied, sal dit ook in drie breë afdelings onderverdeel word, naamlik (a) waar die groep wat KH+BS ontvang het, vergelyk word met die WLK groep, (b) waar die groep wat BSA ontvang het, vergelyk word met die WLK groep, en (c) waar die groepe KH+BS en BSA vergelyk word.

6.6.3.1 Vergelyking van die KH+BS (n=15) en WLK (n=14) groepe.

Die hipotese dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van elkeen van die afhanklike veranderlikes beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag, sowel as die hipotese dat die terapie-effekte tot by opvolgmeting volgehou sou word, is ondersoek ten opsigte van dertien afhanklike veranderlikes, waarvan die tellings bekom is tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), vir die KH+BS en die WLK groepe. Dit is met Herhaalde Meting MANOVA's geanaliseer.

6.6.3.1.1 Die effek van KH+BS op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal deur die KH+BS en WLK groepe tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) op die TEIK-I, FQ-TP en SUDS, is met behulp van Herhaalde Meting MANOVA's geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.10.

Tabel 6.10

Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die KH+BS en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	<u>TEIK-I</u>		<u>FQ-TP</u>		<u>SUDS</u>	
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Hoofeffekte						
Behandeling	14.03	.001	22.54	.000	25.94	.000
Tyd						
T2: Voor-Na	24.86	.000	17.26	.000	62.66	.000
T3: Voor-Opv.	12.76	.001	31.00	.000	41.15	.000
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	24.33	.000	15.87	.000	47.65	.000
T3: Voor-Opv.	11.40	.002	29.13	.000	37.24	.000

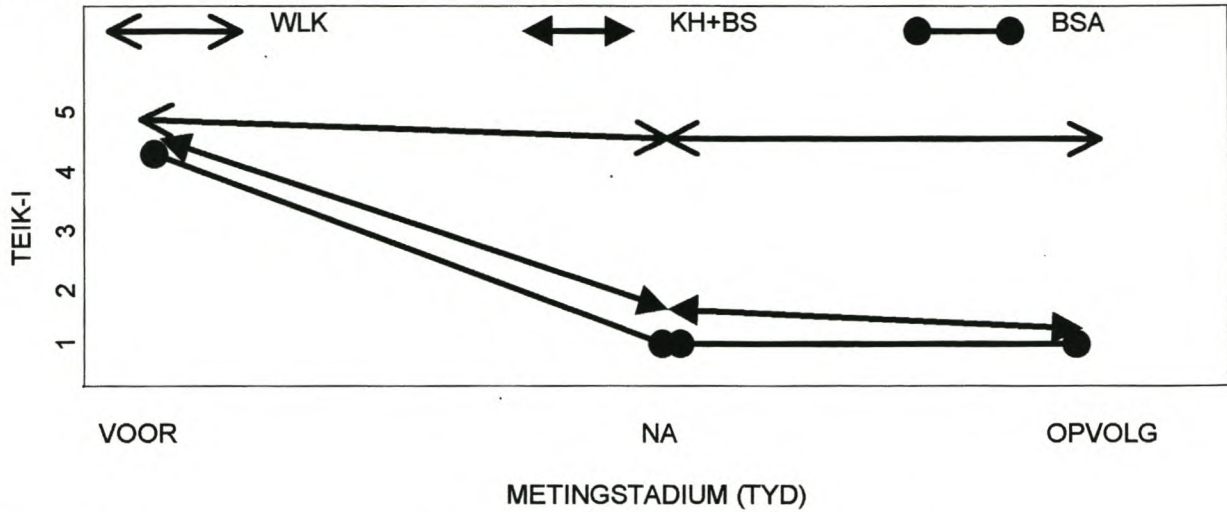
G.V.: 1, 27

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal.

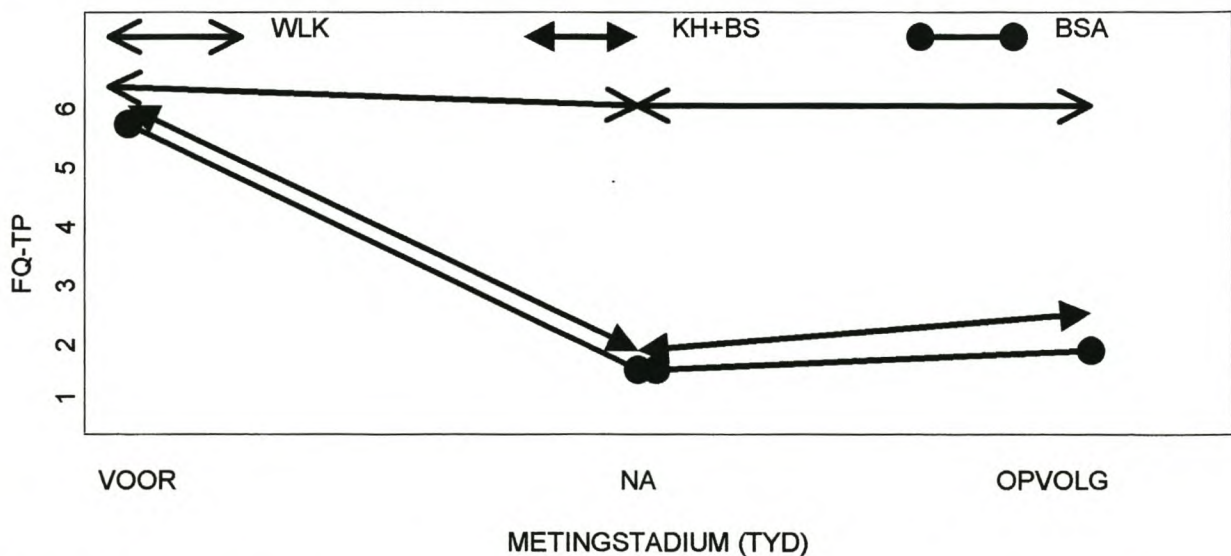
Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.10 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir elkeen van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes (gemeet met TEIK-I, FQ-TP en SUDS), wat daarop dui dat die KH+BS en WLK groepe beduidend van mekaar verskil het wat hierdie veranderlikes betref, ongeag die effek van die tyd van meting. Dit toon ook beduidende hoofeffekte vir tyd van meting op elkeen van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes op elk van twee enkelveranderlike toetse, naamlik vir die transformasies T2 (voor- na nameting) en T3 (voor- na opvolgmeting). Dit beteken dat die twee groepe gekombineer ($n=29$) oor albei die periodes heen, beduidend verander het wat elkeen van die genoemde veranderlikes betref, of anders gestel, elkeen van die veranderlikes het beduidend verlaag gedurende die genoemde periodes vir die gekombineerde groep deelnemers. Die enkelveranderlike toetse vir interaksie-effekte (behandeling X tyd) vir die twee getransformeerde veranderlikes (i.e., T2 en T3) was albei beduidend vir elkeen van die genoemde veranderlikes. Dit dui daarop dat die twee groepe oor tydsverloop heen beduidend van mekaar verskil het (spesifiek by na- en opvolgmeting, want daar was geen voormeting-verskille nie) vir elkeen van die genoemde afhanklike veranderlikes.

Die verskille tussen die rekenkundige gemiddeldes van die twee groepe op die drie metingstadia, en dus die verskille oor tydsverloop wat betref effek op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes, word saam met dié van 'n derde groep (naamlik BSA, wat in 'n ander afdeling gerapporteer sal word) grafies voorgestel in Figure 6.1 (TEIK-I), 6.2 (FQ-TP) en 6.3 (SUDS). In vergelyking met die WLK groep, het daar by die

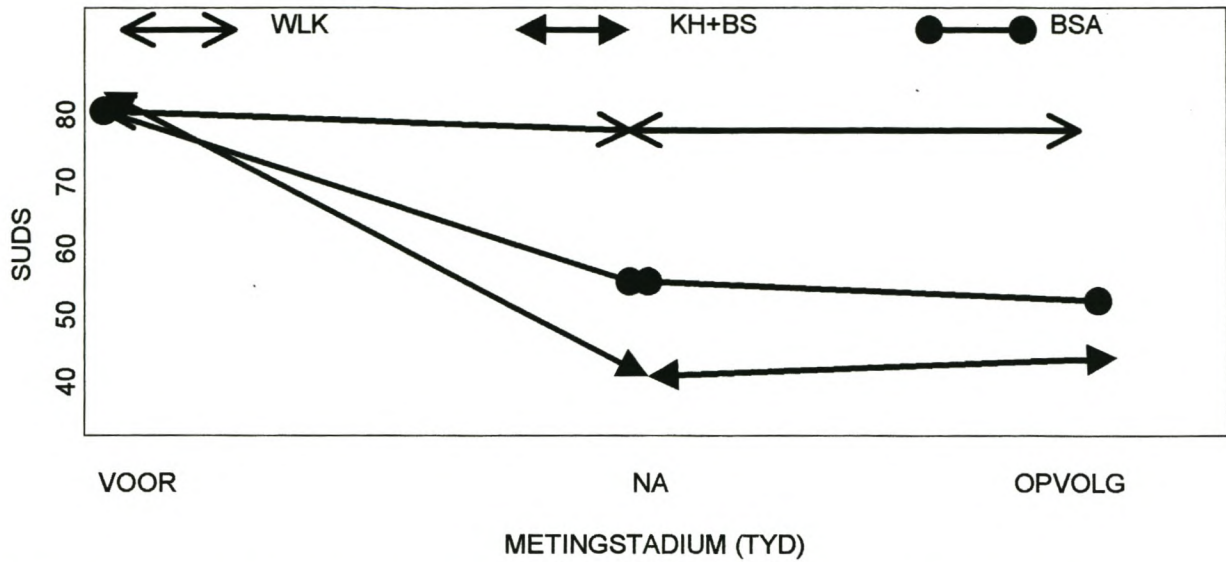
KH+BS groep 'n beduidende verlaging van voor- na meting en van voor- na opvolgmeting plaasgevind. Die resultate bied dus steun vir die hipotese dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met 'n spesifieke teikenfobie, naamlik die TEIK-I, FQ-TP en SUDS, beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na meting te verlaag. Dit bied ook steun vir die hipotese dat die terapie-effekte op die genoemde afhanklike veranderlikes tot by opvolgmeting volgehou sou word.



Figuur 6.1. Verandering oor tyd wat betref die erns van teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping, weerspieël deur die TEIK-I, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.2. Verandering oor tyd wat betref die mate van teikenfobie-vermyding, gemeet met die FQ-TP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.3. Verandering oor tyd wat betref teikenfobie-angs, gemeet met die SUDS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.

6.6.3.1.2 Die effek van KH+BS op die sosialefobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal deur die KH+BS en WLK groepe op die volgende metingskale (FQ-SP, SPS, SIAS, SPAITS, SAD en FQ-DS) tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van MANOVA's geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.11

Tabel 6.11

Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die KH+BS en WLK Groepe

	<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>	
Veranderlike (Effektebron)	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
<hr/>						
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	5.53	.026	4.89	.036	1.14	.294
Tyd						
T2: Voor-Na	10.31	.003	19.67	.000	13.58	.001
T3: Voor-Opv.	14.81	.001	5.49	.027	5.94	.022
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	5.25	.030	5.44	.027	7.83	.009
T3: Voor-Opv.	8.94	.006	4.15	.052	10.91	.003
<hr/>						
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u>		<u>FQ-DS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	4.41	.045	1.38	.250	15.77	.000
Tyd						
T2: Voor-Na	17.10	.000	14.33	.001	10.78	.003
T3: Voor-Opv.	6.62	.015	18.49	.000	11.03	.003
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	6.80	.015	7.58	.010	8.49	.007
T3: Voor-Opv.	8.59	.007	9.74	.004	7.82	.009

G.V.: 1, 27

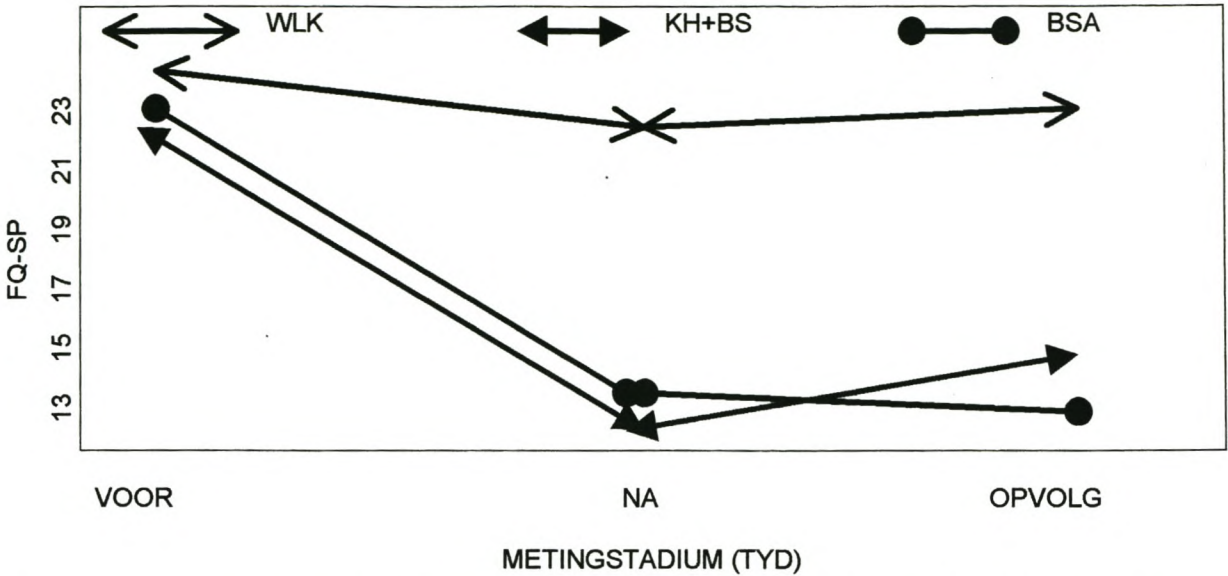
Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; WLK = waglyskontrolle; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.11 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir beide T2 en T3), sowel as vir interaksie-effekte (vir beide T2 en T3) vir elkeen van die afhanklike veranderlikes in die groep wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie wat gemeet is met die volgende skale: FQ-SP, SPS, SPAI-TS, en FQ-DS. Dit

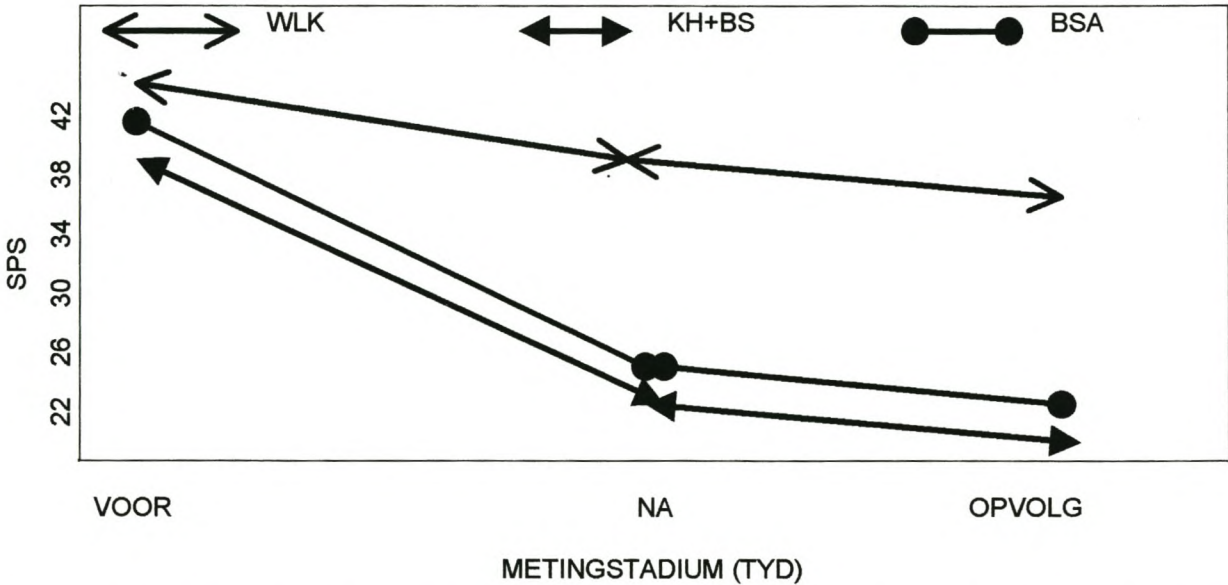
dui daarop dat die groepe ten opsigte van elkeen van die genoemde veranderlikes beduidend van mekaar verskil het wat betref voor- na nameting, sowel as ten opsigte van voor- na opvolgmeting. Dit impliseer ook dat die twee groepe gekombineer ($n=29$) oor albei die periodes heen, beduidend verander het wat elkeen van die genoemde veranderlikes betref.

Die hoofeffekte vir behandelingskondisie was egter onbeduidend wat die afhanklike veranderlikes gemeet met die SIAS en SAD betref, wat daarop dui dat die groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van hierdie veranderlikes nie. In die lig hiervan behoort geeneen van die beduidende interaksie-effekte wat wel deur hierdie twee skale gedemonstreer is, gebruik te word om die akkuraatheid van enige van die navorsingshipoteses te ondersoek nie. Wat sosiale vermyding en ongemak in sosiale situasies betref (soos gemeet met die SAD), sou probleme met variansie-homogeniteit dalk vir die onverwagse beduidendheid van die interaksie-effek vir die transformasies T2 ($p = .010$) en T3 ($p = .004$) verantwoordelik kon wees (Box's $M = 15.26$; $p = .037$). 'n Beduidende hoofeffek vir tyd kon dit blykbaar egter ook veroorsaak het (sien verderaan). In die geval van die veranderlike angs in sosiale interaksie situasies (gemeet deur die SIAS), is dit onduidelik waarom die hoofeffek vir behandelingskondisie onbeduidend is, veral gesien in die lig van die grafiese voorstellings in Figuur 6.6 en die feit dat variansie-homogeniteit nie blyk 'n probleem te gewees het nie (Box's $M = 6.44$; $p = .463$). Verskillende aspekte van die data en aannames van die model interageer, en in die proses is dit dus moontlik dat beduidende interaksie-effekte kan volg op 'n beduidende hoofeffek vir tyd, selfs al was die hoofeffek vir behandelingskondisie nie beduidend nie (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998). Dit was dan ook die geval vir die interaksie-effekte van die T2- en T3-transformasies by die SAD (i.e., dit was beduidend, sowel as die hoofeffekte vir tyd) en vir die twee T2- en twee T3-transformasies (vir tyd- en interaksie-effekte) by die SIAS.

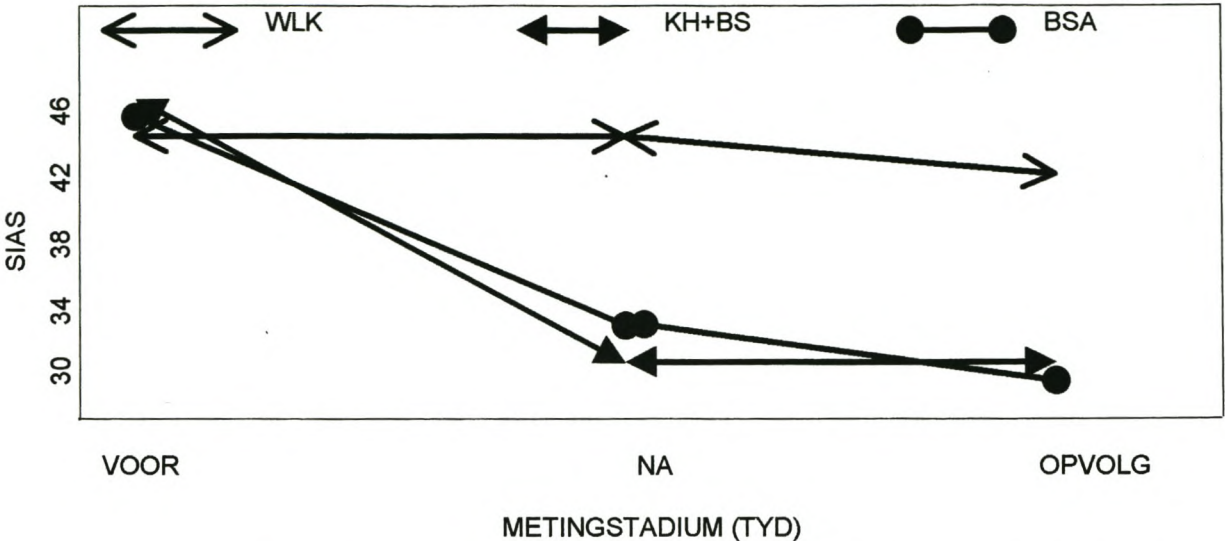
Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen, wat betref die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, verskyn in Figure 6.4 (FQ-SP), 6.5 (SPS), 6.6 (SIAS), 6.7 (SPAI-TS), 6.8 (SAD) en 6.9 (FQ-DS). Met uitsondering van die metings op die SIAS en SAD, bied die resultate (van die FQ-SP, SPS, SPAI-TS, en FQ-DS dus) steun vir die hipotese dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag. Dit bied ook steun vir die hipotese dat die terapie-effekte op die genoemde afhanklike veranderlikes tot by opvolgmeting volgehou sou word.



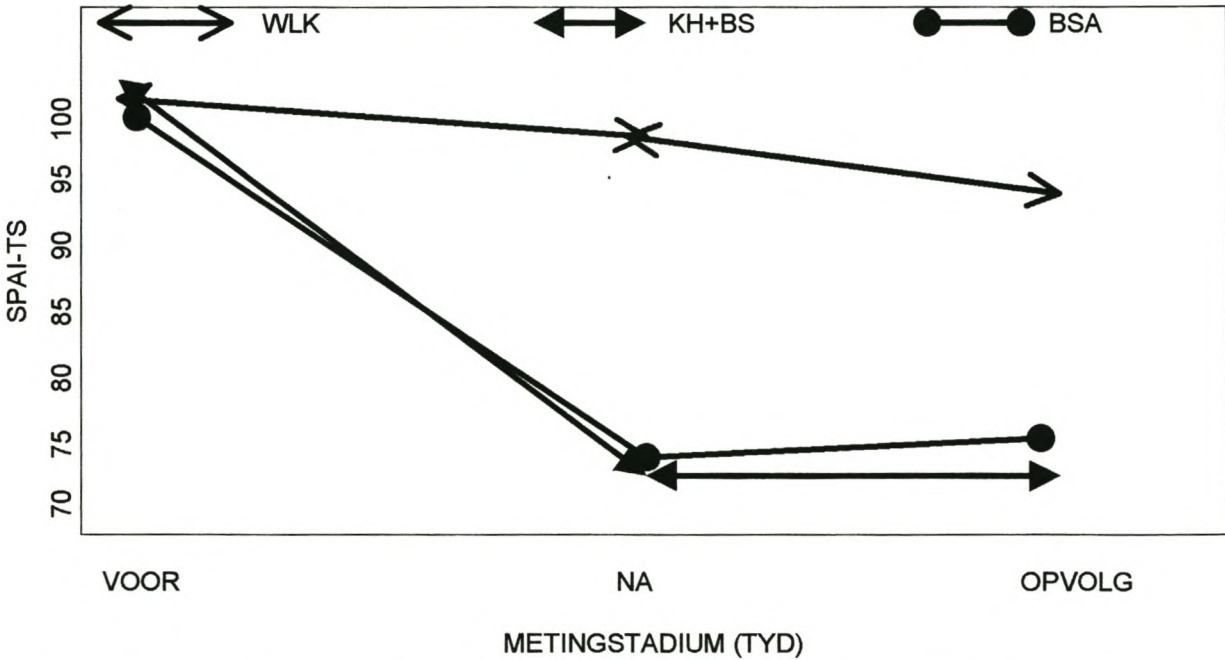
Figuur 6.4. Verandering oor tyd wat betref sosialefobie-vermyding, gemeet met die FQ-SP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



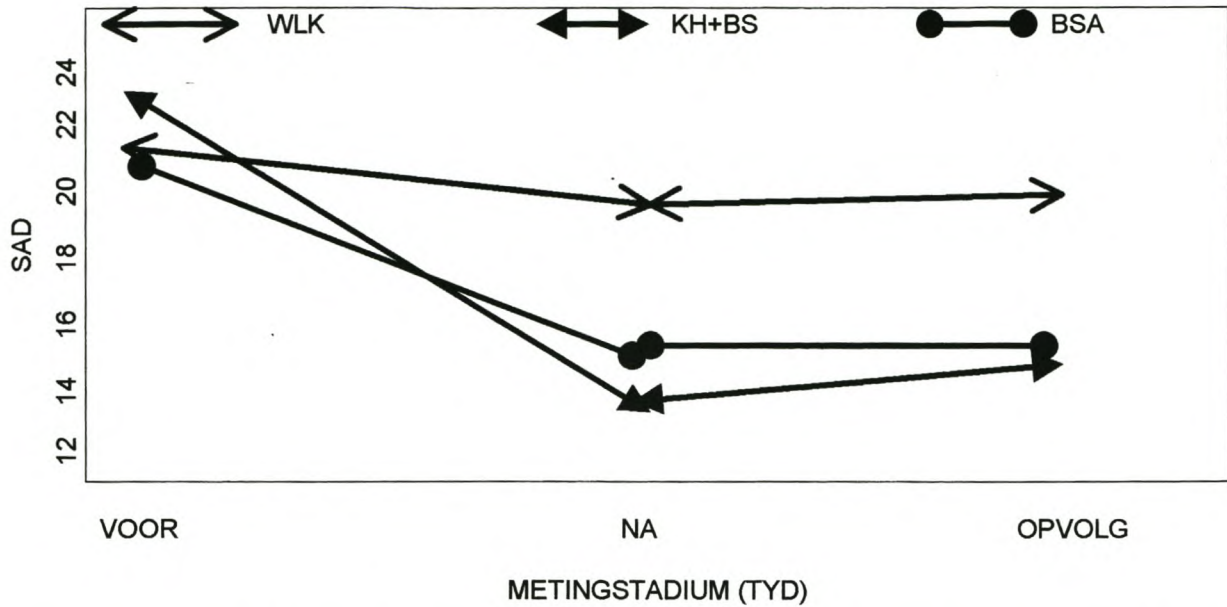
Figuur 6.5. Verandering oor tyd wat betref sosialefobie-observasie-angs, gemeet met die SPS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



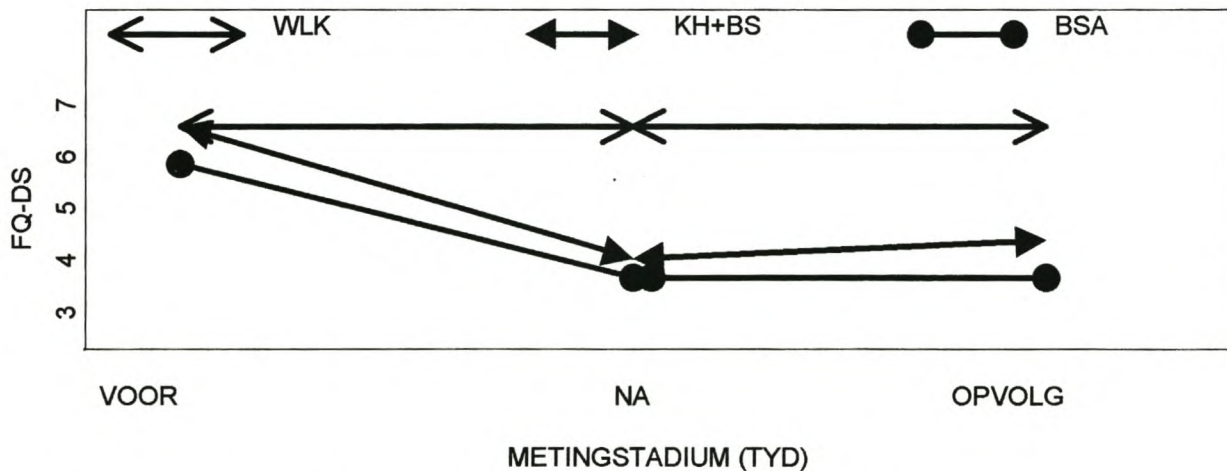
Figuur 6.6. Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-interaksie-angs, gemeet met die SIAS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.7. Verandering oor tyd wat betref die erns van sosialefobie-algemenesimptomatologie, gemeet met die SPAI-TS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.8. Verandering oor tyd wat betref die erns van sosiaalefobie-vermyding/ongemak, gemeet met die SAD, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.9. Verandering oor tyd wat betref die erns van sosiaalefobie-ongemak/belemmering, gemeet met die FQ-DS, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.

6.6.3.1.3 Die effek van KH+BS op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die volgende meetmiddels en indekse deur die KH+BS en WLK groepe tydens drie metingstadias (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van MANOVA's geanaliseer: GLT-SOM, FNE en STROOP. Die resultate verskyn in Tabel 6.12.

Tabel 6.12

Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die GLT, FNE en STROOP, vir die KH+BS en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Hoofeffekte						
Behandeling	14.04	.001	.07	.793	.84	.336
Tyd						
T2: Voor-Na	25.29	.000	13.41	.001	3.01	.094
T3: Voor-Opv.	5.63	.025	7.48	.011	1.68	.207
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	20.06	.000	5.24	.030	1.95	.174
T3: Voor-Opv.	4.68	.040	3.26	.082	.60	.448

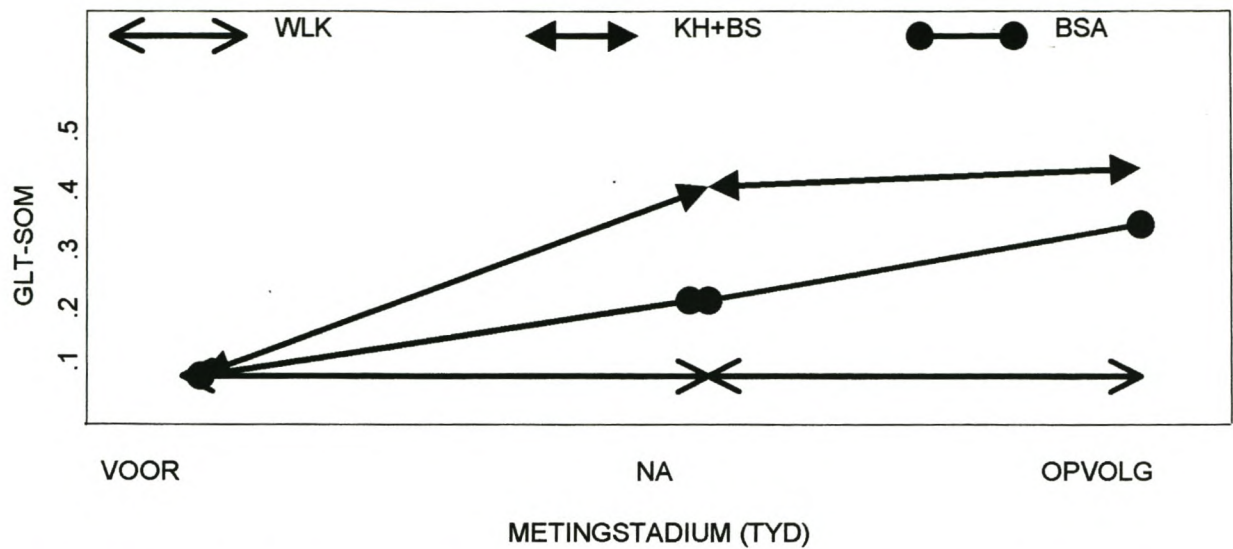
G.V.: 1, 27

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; WLK = waglyskontrolle; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling.

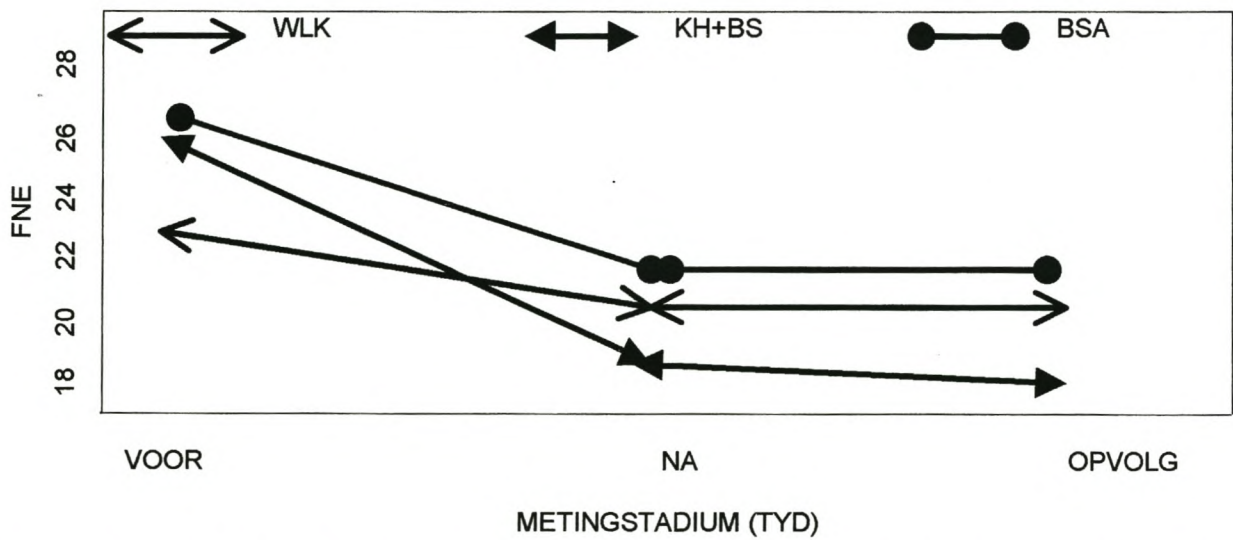
Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.12 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir beide T2 en T3), sowel as vir interaksie-effekte (vir beide T2 en T3), vir die kognitiewe afhanklike veranderlike *gedagte-funksionaliteit*, gereflekteer deur GLT-SOM. Dit beteken dat die funksionaliteit van outomatiese gedagtes by die KH+BS groep, in vergelyking met die WLK groep, beduidend verhoog is van die voor- na die nameting, sowel as van die voor- na die opvolgmeting

Die hoofeffekte vir behandelingskondisie was vir beide die FNE en die STROOP onbeduidend. Daar was by beide hierdie skale ook probleme met variansie-homogeniteit, soos blyk uit die multiveranderlike toets Box's M ($p < .1$ in beide gevalle), en geen verdere opmerkings sal dus oor enige beduidende resultate ten opsigte van die hoofeffek tyd en interaksie-effekte gemaak word nie. Die resultate ten opsigte van die hoofeffek tyd het buitendien nie implikasies vir die toetsing van die navorsingshipoteses nie.

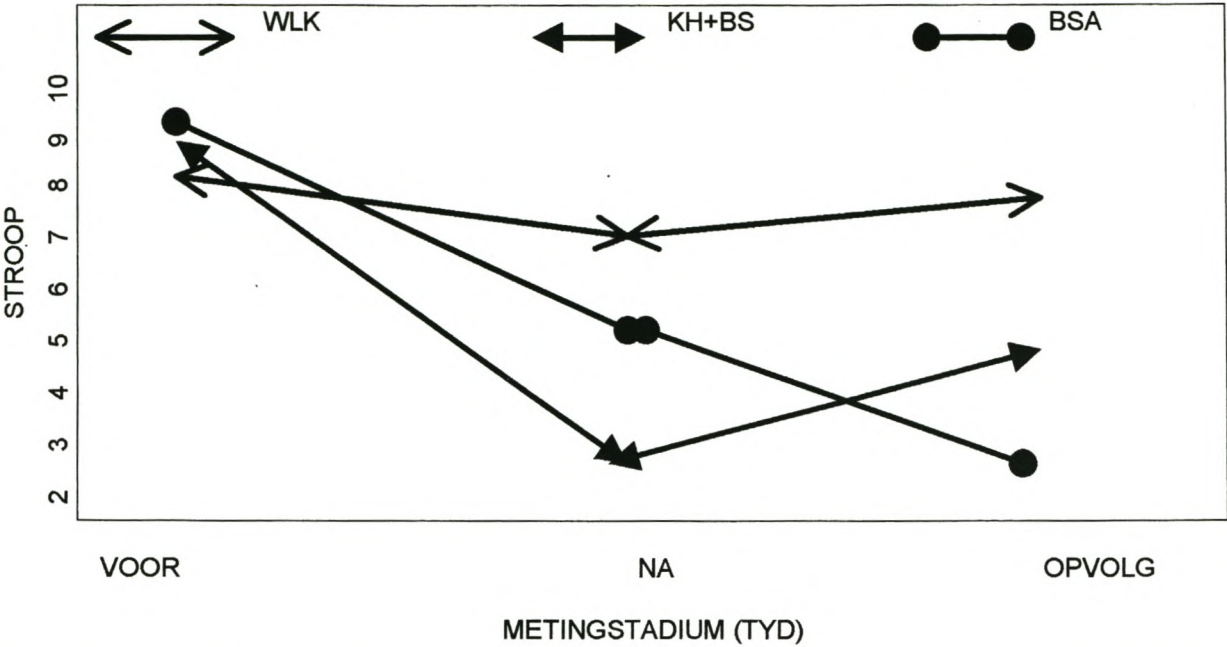
Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen ten opsigte van die kognitiewe afhanklike veranderlikes, verskyn in Figure 6.10 (GLT-SOM), 6.11 (FNE) en 6.12 (STROOP). Slegs die resultate van die GLT-SOM bied steun vir die hipotese dat KH+BS effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die kognitiewe veranderlikes beduidend meer as die WLK kondisie van die voor- na die nameting te verbeter en dat hierdie effekte in stand gehou sou word tot by opvolg.



Figuur 6.10. Verandering oor tyd wat betref die erns van gedagte-funksionaliteit, gemeet met die GLT, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.11. Verandering oor tyd wat betref die erns van vrees-vir-negatiewe-evaluasie, gemeet met die FNE, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.



Figuur 6.12. Verandering oor tyd wat betref die erns van aandagsverdraaiing, gemeet met die STROOP, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.

6.6.3.1.4 Die effek van KH+BS op die graad van depressie en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die BDI deur die KH+BS en WLK groepe tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van 'n MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.13.

Tabel 6.13

Resultate van 'n MANOVA vir die Veranderlike Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS en WLK Groepe

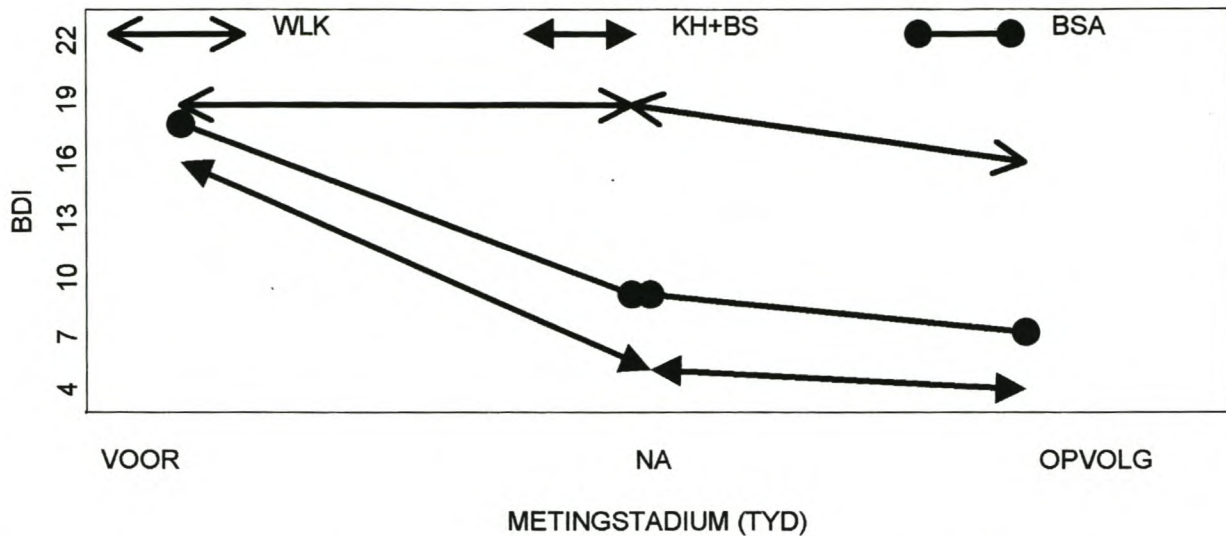
Veranderlike (Effektebron)	BDI	
	F	p
Hoofeffekte		
Behandeling	8.69	.007
Tyd		
T2: Voor-Na	43.34	.000
T3: Voor-Opv.	1.70	.204
Interaksie-effekte		
T2: Voor-Na	16.70	.000
T3: Voor-Opv.	7.34	.012

G.V.: 1, 27

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; WLK = waglyskontrolle; BDI = Beck Depression Inventory.

'n MANOVA, waarvan die resultate in Tabel 6.13 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir T2), sowel as vir interaksie-effekte (vir beide T2 en T3) vir depressie gemeet met die BDI. Die onbeduidende T3-transformasie vir die hoofeffek van tyd hou nie juis implikasies vir 'n ondersoek van enige van die navorsingshipoteses in nie en word daarom nie op verder kommentaar gelewer nie, buiten die opmerking dat dit dalk met probleme ten opsigte van variansie-homogeniteit verband kan hou. Die multiveranderlike toets Box's M = 26.54, $p = .001$, en die enkelveranderlike toetse Cochran's C (14,2) = .871, $p = .001$, vir nameting resultate en Cochran's C (14,2) = .854, $p = .002$, vir opvolgmeting resultate, dui op sulke tipe probleme.

'n Grafiese voorstelling van die verskille tussen die KH+BS en WLK groepe oor die drie metingstadia heen ten opsigte van depressie, verskyn in Figuur 6.13. Die resultate bied steun vir die hipotese dat KH+BS effektief sou wees om depressie, gemeet met die BDI, beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag. Dit bied ook steun vir die hipotese dat die terapie-effekte op depressie tot by opvolgmeting volgehou sou word.



Figuur 6.13. Verandering oor tyd wat betref die erns van depressie, gemeet met die BDI, vir die drie behandelingskondisies WLK, KH+BS en BSA.

6.6.3.2 Vergelyking van die BSA (n=15) en die WLK (n=14) groepe

Die hipotese dat BSA effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van elkeen van die afhanklike veranderlikes beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag, sowel as die hipotese dat die terapie-effekte tot by die opvolgmeting volgehou sou word, is ondersoek ten opsigte van die dertien afhanklike veranderlikes waarvan die tellings bekom is tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) van die BSA groep en die WLK groep. Dit is geanaliseer met Herhaalde Meting MANOVA's.

6.6.3.2.1 Die effek van BSA op die teikenfobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die volgende meetmiddels en indekse deur die BSA en WLK groepe tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van MANOVA's geanaliseer: TEIK-I, FQ-TP, en SUDS. Die resultate verskyn in Tabel 6.14.

Tabel 6.14

Resultate van MANOVA's vir Teikenfobie-veranderlikes Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die BSA en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	TEIK-I		FQ-TP		SUDS	
	F	p	F	p	F	p
Hoofeffekte						
Behandeling	23.40	.000	35.20	.000	10.17	.004
Tyd						
T2: Voor-Na	33.28	.000	24.52	.000	54.43	.000
T3: Voor-Opv.	13.35	.001	17.21	.000	4.93	.035
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	32.58	.000	22.81	.000	39.22	.000
T3: Voor-Opv.	12.02	.002	16.07	.000	3.62	.068

G.V.: 1, 27

Nota. BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.14 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie en tyd (vir beide T2 en T3), sowel as vir interaksie-effekte (vir beide T2 en T3) vir elkeen van die teikenfobie-veranderlikes (gemeet met TEIK-I, FQ-TP en SUDS), met uitsondering van die interaksie-effek T3 by die SUDS ($p = .068$). Dit beteken dat die groepe ten opsigte van elkeen van die genoemde veranderlikes beduidend van mekaar verskil het wat betref verandering vanaf voor- tot nameting, en wat TEIK-I en FQ-TP betref, ook vanaf voor- tot opvolgmeting. Die metings van die SUDS kon net nie daarin slaag om van voor- tot opvolgmeting statistiese beduidendheid te bereik nie.

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die BSA en WLK groepe oor drie metingstadia heen ten opsigte van die teikenfobie-veranderlikes, verskyn saam met dié van die KH+BS groep (in Afdeling 6.6.3.1.1 bespreek) in Figure 6.1 (TEIK-I), 6.2 (FQ-TP) en 6.3 (SUDS). Die resultate bied steun vir die hipotese dat BSA effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die afhanklike veranderlikes wat verband hou met 'n spesifieke teikenfobie, naamlik die TEIK-I, FQ-TP en SUDS, beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verlaag. Dit bied ook steun vir die hipotese dat die terapie-effekte op die genoemde afhanklike veranderlikes tot by die opvolgmeting volgehou sou word, met uitsondering van die SUDS-resultate.

6.6.3.2.2 Die effek van BSA op die sosialefobie-veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die volgende skale deur die BSA en WLK groepe tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van MANOVA's geanaliseer: FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS. Die resultate verskyn in Tabel 6.15.

Tabel 6.15

Resultate van MANOVA's vir Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die BSA en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>	
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
<hr/>						
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	5.68	.025	3.02	.094	1.58	.219
Tyd						
T2: Voor-Na	35.98	.001	18.95	.000	12.86	.001
T3: Voor-Opv.	12.68	.003	2.97	.096	1.15	.293
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	8.10	.008	5.36	.028	7.76	.010
T3: Voor-Opv.	4.97	.034	2.09	.160	3.00	.094
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u>		<u>FQ-DS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	3.99	.056	1.77	.195	29.48	.000
Tyd						
T2: Voor-Na	2.23	.014	10.59	.003	10.26	.003
T3: Voor-Opv.	3.08	.144	8.31	.008	5.27	.030
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	6.93	.147	4.03	.055	7.97	.009
T3: Voor-Opv.	2.27	.090	2.91	.100	3.17	.086

G.V.: 1, 27

Nota. BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and

Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.15 verskyn, toon beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie, sowel as vir die interaksie-effekte vir die T2-transformasie, vir die sosioleë-veranderlikes wat gemeet is met die FQ-SP en FQ-DS. Dit beteken die groepe het ten opsigte van elkeen van die genoemde veranderlikes beduidend van mekaar verskil wat voor- na meting betref. Die interaksie-effek vir die T3-transformasie was vir FQ-SP, maar nie vir FQ-DS nie, ook beduidend, aanduidend van 'n beduidende verskil van voor- na opvolgmeting. Die hoofeffekte vir die res van hierdie groep veranderlikes, gemeet met die skale SPS, SIAS, SPAI-TS en SAD, was onbeduidend en daarom is enige beduidende interaksie-effekte vir hierdie skale, ook nie van belang wat hipotese-toetsing betref nie. Dit geld ook vir hoofeffekte vir tyd. Wat wel van belang mag wees, is die feit dat die hoofeffek vir behandelingskondisie vir die resultate van beide die SPS en SPAI-TS net nie daarin kon slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Wat SPS betref, moet egter ook in gedagte gehou word dat 'n multiveranderlike variansie-homogeniteitstoets, naamlik Box's $M = 14.68$, $p = .045$, op beduidende variansie-verskille tussen die BSA en WLK groepe dui, wat die model onstabiel sou kon gemaak het. Aangesien geen enkelveranderlike homogeniteitstoets van variansie vir die SPS-resultate beduidend was nie, blyk die probleem nie soseer tot spesifieke metingstadiums beperk te wees nie, maar eerder ten opsigte van die liniêre kombinasies van die twee groepe oor tyd heen.

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die BSA en WLK groepe oor drie metingstadië heen, wat betref sosioleë-veranderlikes verskyn in Figure 6.4 (FQ-SP), 6.5 (SPS), 6.6 (SIAS), 6.7 (SPAI-TS), 6.8 (SAD) en 6.9 (FQ-DS). Slegs die resultate behaal op die FQ-SP en die FQ-DS bied steun vir die hipotese dat BSA effektief sou wees om die tellings behaal op die sosiale leë meetmiddels beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na meting te verlaag, en slegs die FQ-SP bied steun vir die hipotese dat die terapie-effekte op die genoemde afhanklike veranderlikes tot by opvolgmeting volgehou sou word.

6.6.3.2.3 Die effek van BSA op die kognitiewe veranderlikes en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die volgende meetmiddels en indekse deur die BSA en WLK groepe tydens die drie metingstadië (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van MANOVA's (Herhaalde Metingsontwerp) geanaliseer: GLT-SOM, FNE en STROOP. Die resultate verskyn in Tabel 6.16.

Tabel 6.16

Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die STROOP, GLT en die FNE vir die BSA en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	F	p	F	p	F	p
Hoofeffekte						
Behandeling	3.88	.059	.80	.378	.40	.531
Tyd						
T2: Voor-Na	14.28	.001	8.33	.008	3.71	.065
T3: Voor-Opv.	.74	.399	3.24	.083	.14	.707
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	10.69	.003	1.49	.233	2.73	.110
T3: Voor-Opv.	.24	.627	.78	.384	.01	.927

G.V.: 1, 27

Nota. BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.16 verskyn, toon geen beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir die kognitiewe veranderlikes nie en daarom is die beduidende interaksie-effekte, aangetoon vir GLT-SOM, nie van belang vir hipotese-toetsing nie. Beduidende hoofeffekte vir tyd het ook geen implikasies vir hipotese-toetsing nie. Volgens multiveranderlike toetse (Box's M) blyk daar ook probleme met variansie-homogeniteit by al drie skale te wees ($p < .10$).

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die BSA en WLK groepe oor die drie metingstadia heen vir die kognitiewe veranderlikes, verskyn in Figure 6.10 (GLT-SOM), 6.11 (FNE) en 6.12 (STROOP). Die resultate bied nie steun vir die hipotese dat BSA effektief sou wees om die tellings behaal op die meetmiddels van die kognitiewe veranderlikes beduidend meer as die WLK kondisie van voor- na nameting te verbeter nie. Daarom is daar ook nie sprake van enige terapie-effekte wat volgehou kan word nie.

6.6.3.2.4 Die effek van BSA op die graad van depressie en die instandhouding van die terapie-effekte.

Tellings behaal op die BDI deur die BSA en WLK groepe tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting), is met behulp van 'n MANOVA geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.17.

Tabel 6.17

Resultate van 'n MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die BSA en WLK Groepe

Veranderlike (Effektebron)	BDI	
	F	p
Hoofeffekte		
Behandeling	3.57	.069
Tyd		
T2: Voor-Na	19.99	.000
T3: Voor-Opv.	.64	.430
Interaksie-effekte		
T2: Voor-Na	7.53	.011
T3: Voor-Opv.	4.21	.050

G.V.: 1, 27

Nota. BSA = blootstelling alleen; WLK = waglyskontrolle; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling.

'n MANOVA, waarvan die resultate in Tabel 6.17 verskyn, toon nie 'n beduidende hoofeffek vir behandelingskondisie vir die graad van depressie soos gemeet met die BDI aan nie. Die BDI resultate kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die beduidende hoofeffek vir tyd vir die T2-transformasie hou nie implikasies in vir enige hipotese-toetsing nie. Die multiveranderlike toets Box's M = 32.37, $p = .000$, en die enkelveranderlike toets Cochran's C (14,2) = .781, $p = .023$ vir die nameting resultate, dui op probleme ten opsigte van variansie-homogeniteit.

'n Grafiese voorstelling van die verskille tussen die BSA en WLK groepe oor die drie metingstadia heen, vir die graad van depressie, verskyn in Figuur 6.13. Die resultate bied nie steun vir die hipotese dat BSA effektief sou wees om die graad van depressie, gemeet met die BDI, beduidend meer as die WLK kondisie van die voor- na die nameting te verlaag nie, en dus ook nie vir die hipotese dat die terapie-effekte tot by opvolgmeting volgehou sou word nie.

6.6.3.3 Vergelyking van die behandelingsgroepe KH+BS (n=15) en BSA (n=14).

Die hipoteses wat verband hou met 'n vergelyking van die twee aktiewe behandelings (i.e., KG+BS vergelyk met BSA) is ondersoek met behulp van Herhaalde Meting MANOVA's en die resultate word vervolgens gerapporteer.

6.6.3.3.1 'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die teikenfobie-veranderlikes.

Ten einde die hipoteses te ondersoek dat (a) BSA die tellings behaal op die meetmiddels wat die teikenfobie- afhanklike veranderlikes meet, naamlik die Teikenfobieskale Indeks (TEIK-I), die Fear Questionnaire -- Target phobia (FQ-TP) en die Subjektiewe Angsskaal (SUDS), beduidend meer as KH+BS sou verlaag, en (b) dat die verwagte verskille volgehou sou word tot by opvolgmeting, is die tellings behaal by die drie metingstadia (Voor-, Na-, en Opvolgmetings) deur die KH+BS en die BSA groepe met behulp van MANOVA's (Herhaalde Metingsontwerp) geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.18.

Tabel 6.18

Resultate van MANOVA's vir die Teikenfobie-veranderlikes Gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS vir die KH+BS en BSA Groepe

Veranderlike (Effektebron)	<u>TEIK-I</u>		<u>FQ-TP</u>		<u>SUDS</u>	
	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Hoofeffekte						
Behandeling	.23	.634	.30	.588	2.92	.098
Tyd						
T2: Voor-Na	104.57	.000	56.88	.000	133.72	.000
T3: Voor-Opv.	73.74	.000	61.77	.000	85.91	.000
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	.01	.919	.30	.588	1.06	.311
T3: Voor-Opv.	.09	.763	.22	.643	22.61	.000

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen; TEIK-I = Teikenfobie-Indeks; FQ-TP = Fear Questionnaire – Target Phobia; SUDS = Subjektiewe Angsskaal.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.18 verskyn, toon geen beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir die teikenfobie- afhanklike veranderlikes, gemeet met die TEIK-I, FQ-TP en SUDS, nie. Die hoofeffekte vir tyd was vir die resultate van al drie hierdie meetmiddels vir beide die T2- en T3-transformasies beduidend, wat dui op beduidende verlaging van die betrokke afhanklike veranderlikes vir die groter gekombineerde groep (n=30) gedurende die periodes voor- na nameting en voor- na opvolgmeting. 'n Enkelrigting-anova op die nameting resultate van SUDS was wel beduidend [$F(1, 28) = 11.59, p = .002$], wat dui op 'n tendens tot beduidend laer SUDS by die KH+BS-groep. Die genoemde beduidende bevinding moet as 'n "tentatiewe aanduiding" van 'n beduidende verskil beskryf word.

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en BSA groepe oor die drie metingstadia heen, verskyn in Figure 6.1 (TEIK-I), 6.2 (FQ-TP) en 6.3 (SUDS). Die resultate bied dus nie steun vir die hipotese dat dat BSA die tellings behaal op die meetmiddels wat die teikenfobie- afhanklike veranderlikes meet beduidend meer as KH+BS sou verlaag nie. Die verbandhoudende hipotese, naamlik dat die verwagte verskille volgehou sou word tot by die opvolgmeting, is dus nie ter sake nie aangesien daar nie beduidende verskille tussen die groepe in die periode voor- tot nameting was nie.

6.6.3.3.2 'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die sosialefobie-veranderlikes.

Ten einde die hipoteses te ondersoek dat (a) KH+BS en BSA nie beduidend van mekaar sou verskil wat betref hul effek op die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie nie, en (b) dat dit (i.e., die afwesigheid van enige beduidende verskille) volgehou sou word tot by opvolgmeting, is die tellings behaal deur die KH+BS en die BSA groepe op die volgende skale tydens drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) met behulp van MANOVA's geanaliseer: FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS. Die resultate verskyn in Tabel 6.19.

Tabel 6.19

Resultate van MANOVA's vir die Sosialefobie-veranderlikes Gemeet met die FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS vir die KH+BS en BSA Groepe

	<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>		<u>Skaal</u>	
Veranderlike (Effektebron)	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
<hr/>						
	<u>FQ-SP</u>		<u>SPS</u>		<u>SIAS</u>	
Hoofeffekte						
Behandeling	.00	.994	.30	.591	.00	1.000
Tyd						
T2: Voor-Na	27.87	.000	38.68	.000	29.08	.000
T3: Voor-Opv.	34.40	.000	12.55	.001	13.90	.001
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	.27	.607	.00	.958	.05	.822
T3: Voor-Opv.	1.05	.313	.15	.702	.68	.418
	<u>SPAI-TS</u>		<u>SAD</u> <u>FQ-DS</u>			
Hoofeffekte						
Behandeling	.01	.914	.08	.778	2.33	.138
Tyd						
T2: Voor-Na	25.61	.000	26.46	.000	23.27	.000
T3: Voor-Opv.	11.98	.002	25.57	.000	29.90	.000
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	.25	.621	1.06	.312	.02	.891
T3: Voor-Opv.	.08	.786	1.25	.274	1.09	.307

G.V.: 1,28

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen; FQ-SP = Fear Questionnaire – Social Phobia; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; SPAI-TS = Social Phobia and Anxiety Inventory – Total Score; SAD = Social Avoidance and Distress Scale; FQ-DS = Fear Questionnaire – Disturbance Scale.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.19 verskyn, toon geen beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir die afhanklike veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, gemeet met die volgende meetmiddels nie: FQ-SP, SPS, SIAS, SPAI-TS, SAD en FQ-DS.. Die hoofeffekte vir tyd was vir die resultate van al hierdie meetmiddels vir beide die T2- en

T3-transformasies beduidend, wat dui op beduidende verlaging van die betrokke afhanklike veranderlikes vir die groter gekombineerde groep ($n=30$) gedurende die periodes voor- na nameting en voor- na opvolgmeting.

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en BSA groepe oor die drie metingstadia heen, verskyn in Figure 6.4 (FQ-SP), 6.5 (SPS), 6.6 (SIAS), 6.7 (SPAI-TS), 6.8 (SAD) en 6.9 (FQ-DS). Die resultate bied dus steun vir die hipotese dat die KH+BS en BSA groepe nie beduidend van mekaar sou verskil wat betref hul effek op die sosialefobie-veranderlikes gemeet met die genoemde groep skale nie, sowel as vir die hipotese dat dit (i.e., die afwesigheid van enige beduidende verskille) volgehou sou word tot by opvolgmeting.

6.6.3.3.3 'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes.

Een van die navorsingshipoteses het gelui dat wat kognitiewe afhanklike veranderlikes betref, KH+BS 'n beduidend groter verlagende effek as BSA sou hê op die tellings behaal op die meetmiddels wat hoofsaaklik die produk van strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse meet, naamlik die GLT-SOM en FNE, maar dat die twee behandelings nie sou verskil ten opsigte van hulle effek op die verskiltellings van die STROOP nie. 'n Tweede, verbandhoudende hipotese was dat die verwagte differensiële effekte van KH+BS en BSA op die kognitiewe afhanklike veranderlikes volgehou sou word tot by opvolgmeting. Ten einde hierdie hipoteses te ondersoek, is die tellings behaal op die genoemde meetmiddels tydens die drie metingstadia (voor-, na-, en opvolgmeting) deur die twee behandelingsgroepe met behulp van MANOVA's (Herhaalde Metingsontwerp) geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.20.

Tabel 6.20

Resultate van MANOVA's vir die Kognitiewe Veranderlikes Gemeet met die GLT, FNE en STROOP vir die KH+BS en BSA Groepe

Veranderlike (Effektebron)	GLT-SOM		FNE		STROOP	
	F	p	F	p	F	p
Hoofeffekte						
Behandeling	2.56	.121	2.64	.115	.06	.806
Tyd						
T2: Voor-Na	40.19	.000	19.05	.000	8.00	.009
T3: Voor-Opv.	5.88	.022	10.05	.004	2.75	.108
Interaksie-effekte						
T2: Voor-Na	.48	.493	1.44	.241	.24	.630
T3: Voor-Opv.	2.94	.097	.63	.435	1.48	.235

G.V.: 1,28

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen; GLT-SOM = Gedagtelystegniek-SOM-ratio; FNE = Fear of Negative Evaluation Scale; STROOP = Emosionele-Strooptaak – Verskiltelling.

Die MANOVA's, waarvan die resultate in Tabel 6.20 verskyn, toon geen beduidende hoofeffekte vir behandelingskondisie vir strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse (weerspieël deur die GLT-SOM en FNE-resultate) en die verskiltellings van die STROOP nie. Die hoofeffek vir tyd was vir die transformasie T2 vir die GLT-SOM-, FNE- en STROOP-resultate, en vir die transformasie T3 vir die GLT-SOM en die FNE, beduidend. Dit dui op beduidende verbeterings by die gekombineerde groep ($n=30$) van die afhanklike veranderlikes gemeet met die betrokke skale in die genoemde periodes. Wat GLT-SOM betref, dui die multiveranderlike toets Box's $M = 15.68$, $p = .032$, en die enkelveranderlike toets Cochran's $C(14,2) = .850$, $p = .003$ vir die voormeting-resultate, op probleme ten opsigte van variansie-homogeniteit. 'n Enkelrigting-anova op die nameting-resultate van GLT-SOM was wel beduidend [$F(1, 28) = 5.76$, $p = .023$] wat dui op 'n tendens tot 'n beduidend hoër GLT-SOM by die KH+BS groep. Hierdie resultate moet as 'n tentatiewe aanduiding van 'n beduidende verskil beskryf word. Indien 'n enkelrigting-anova gebruik was om verkille by opvolg-resultate te ondersoek, sou dit uit 'n statistiese oogpunt groter geldigheidsprobleme geskep het omdat die beduidendheid van voor- na opvolgmeting onder andere afhang van veranderinge tussen die voor- tot die nameting. In die geval van die gerapporteerde GLT-SOM is dit egter nie 'n probleem nie aangesien die analise ten opsigte van die resultate by die nameting gedoen is. 'n Verdere aanduiding van die superioriteit van KH+BS in die verbetering van die GLT-SOM

blyk uit die differensiële effekte van die twee aktiewe behandelings in vergelyking met die WLK groep. Dit word in die volgende paragraaf verduidelik.

Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en BSA groepe oor die drie metingstadia heen ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes, verskyn in Figure 6.11 (GLT-SOM), 6.12 (FNE) en 6.13 (STROOP). Alhoewel die GLT-SOM en die FNE-resultate volgens die MANOVA's nie by die twee behandelingsgroepe statisties beduidend verskil het nie, blyk die betrokke veranderlikes nogtans merkbaar beter by die KH+BS groep, in vergelyking met die BSA groep, by die na- en opvolgmetings te wees. Die resultate bied dus slegs 'n geringe mate van steun vir die hipotese dat KH+BS die tellings behaal op die meetmiddels wat hoofsaaklik die resultate van strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse meet, naamlik GLT-SOM en FNE, beduidend meer sou verbeter het as BSA. Die feit dat die KH+BS groep, in teenstelling met die BSA groep, die GLT-SOM beduidend meer as die WLK kondisie in die periode vanaf die voor- tot die nameting laat verbeter het, dui ook op die superioriteit van die KH+BS se effek op die GLT-SOM in hierdie periode. Wat die STROOP betref, bied die resultate steun vir die hipotese dat KH+BS en BSA nie beduidend van mekaar sou verskil wat die STROOP-verskiltellings betref nie, sowel as vir die hipotese dat dit (i.e., die afwesigheid van 'n beduidende verskil) volgehou sou word tot by opvolgmeting.

6.6.3.3.4 'n Vergelyking van KH+BS en BSA ten opsigte van die graad van depressie.

Ten einde die hipoteses te ondersoek dat (a) KH+BS en BSA nie beduidend van mekaar sou verskil wat betref hul effek op die afhanklike veranderlike depressie (gemeet met die BDI) nie, en (b) dat dit (i.e., die afwesigheid van 'n beduidende verskil) volgehou sou word tot by opvolgmeting, is die tellings behaal op die BDI deur die twee behandelingsgroepe tydens die drie metingstadia (voor-, na- en opvolgmeting) met behulp van 'n MANOVA (Herhaalde Metingsontwerp) geanaliseer. Die resultate verskyn in Tabel 6.21.

Tabel 6.21

Resultate van 'n MANOVA vir die Graad van Depressie Gemeet met die BDI vir die KH+BS en BSA Groepe

Veranderlike (Effektebron)	BDI	
	<u>F</u>	<u>p</u>
Hoofeffekte		
Behandeling	.98	.331
Tyd		
T2: Voor-Na	45.77	.000
T3: Voor-Opv.	9.10	.005
Interaksie-effekte		
T2: Voor-Na	.01	.938
T3: Voor-Opv.	.11	.740

G.V.: 1,28

Nota. KH+BS = kognitiewe herstrukturering plus blootstelling; BSA = blootstelling alleen; BDI = Beck Depression Inventory.

Die MANOVA, waarvan die resultate in Tabel 6.21 verskyn, toon nie 'n beduidende hoofeffek vir behandelingskondisie vir die afhanklike veranderlike depressie gemeet met die BDI nie. Die hoofeffekte vir tyd was vir beide die T2- en T3-transformasies beduidend, wat dui op 'n beduidende verlaging van depressie vir die groter gekombineerde groep (n=30) gedurende die periodes voor- na nameting en voor- na opvolgmeting.

'n Grafiese voorstellings van die verskille tussen die KH+BS en BSA groepe ten opsigte van die BDI-tellings oor die drie metingstadia heen, verskyn in Figuur 6.13. Die resultate bied dus steun vir die hipotese dat die KH+BS en BSA groepe nie beduidend van mekaar sou verskil wat betref hul effek op depressie soos gemeet met die BDI nie, sowel as vir die hipotese dat dit (i.e., die afwesigheid van 'n beduidende verskil) volgehou sou word tot by die opvolgmeting.

7. GEVOLGTREKKINGS EN BESPREKING

7.1 INLEIDING

Die breë doelstelling van die huidige ondersoek was om die effektiwiteit van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, toegepas in 'n groepterapie-formaat, in die behandeling van individue met sosiale fobie met oorwegend algemene interaksionele sosiale vrese, te ondersoek en te vergelyk.

Die spesifieke doelwitte van die huidige studie was derhalwe om vas te stel of

- 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die effekte daarvan gehandhaaf sou word oor 'n opvolgperiode van 3 maande;
- blootstelling alleen, effektief sou wees in die behandeling van sosiale fobie; en
- indien wel, of die behandelingseffekte van blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode;
- die twee behandelingspakkette, naamlik kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen, wat effektiwiteit betref verskil het; en
- indien wel, of die verskille tussen die effekte van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen volgehou sou word gedurende die opvolgperiode.

Voordat met die bespreking van die resultate voortgegaan word, moet enkele sake eers uitgelig word. Die uitwerking van 'n behandeling op sosiale fobie sou op minstens drie verskillende wyses nagegaan kon word, naamlik deur te probeer bepaal of (a) die metings van sekere afhanklike veranderlikes beduidend as gevolg van die behandeling verander het en verbetering dan deur byvoorbeeld die beduidende verlaging (of verhoging) van die tellings gereflekteer word, (b) indien daar wel sulke beduidende veranderinge gedemonstreer is, om te bepaal of die metings van die veranderlike ook beduidend by 'n kontrole-kondisie verander het, of (c) 'n behandelingsgroep en 'n waglykontrolegroep volgens 'n bepaalde statistiese tegniek (bv. 'n Herhaalde Metings MANOVA) beduidend van mekaar verskil wat verandering vanaf voor- na nameting en/of opvolgmeting betref. In die huidige ondersoek is laasgenoemde metode gebruik om die effektiwiteit van elke behandeling in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie te bepaal. Eersgenoemde metode is nie geskik om die hipoteses van die huidige studie mee te ondersoek nie, maar die resultate van so 'n vergelyking het tog waarde vir die huidige ondersoek. Dit laat byvoorbeeld 'n meer sinvolle vergelyking met die bevindings van ander studies waarin dit wel gebruik is, toe. Volgens 'n statistikus wat gekonsulteer is (H.W. Kruijsse, persoonlike mededeling, Augustus, 1998) kan beduidende veranderinge in die tellings van 'n gekombineerde groep deelnemers (bestaande uit die waglys-kontrolegroep en enigeen van die behandelingsgroepe) in die huidige ondersoek toegeskryf word aan veranderinge in die tellings van die behandelingsgroep. Die hoofeffek vir tyd in MANOVAS waarin die

tellings van 'n waglys-kontrolegroep en dié van 'n behandelingsgroep betrek is, is gebruik om te bepaal of die tellings van die veranderlikes beduidend as gevolg van behandeling verander het.

Dit is belangrik dat die verskillende metodes wat gevolg kan word om die effekte van behandeling te ondersoek (in die vorige paragraaf bespreek), in gedagte gehou word wanneer die resultate van die huidige ondersoek met die bevindings van ander ondersoeke vergelyk word. As agtergrond vir die besprekings wat volg, is dit waarskynlik sinvol om op hierdie stadium te noem dat albei die aktiewe behandelings wat in die huidige ondersoek gebruik is (die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling) tot beduidende verlaging van 12 uit 13 afhanklike veranderlikes gelei het en dat hierdie effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. Die effekte van die twee behandelings op *aandagsverdraaiing* was vir elkeen afsonderlik nie beduidend nie. By 'n groter groep saamgestel uit die twee behandelingsgroepe is wel beduidende verbetering van *aandagsverdraaiing* na behandeling gedemonstreer, maar nie by 3-maande-opvolg nie.

Daar is besluit om die grootste gedeelte van die bespreking in hierdie hoofstuk volgens 'n indeling van vier groepe afhanklike veranderlikes (teikenfobie-, sosiale fobie- en kognitiewe afhanklike veranderlikes, en graad van depressie) te organiseer. Die belangrikste bevindings ten opsigte van elkeen van die behandelingsprosedures, asook wat 'n vergelyking van die twee betref, sal as samevatting na die bespreking gegee word. Dit sal gevolg word deur 'n beskrywing van die belangrikste bydraes en beperkings van die huidige studie, en die hoofstuk word afgesluit met aanbevelings vir toekomstige navorsing.

7.2 TEIKENFOBIE-VERANDERLIKES

Die volgende hipoteses is ten opsigte van die teikenfobie-veranderlikes (*teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping*, *teikenfobie-vermyding* en *teikenfobie-angs*) gestel:

Hipotese 1: In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 2: Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word,

Hipotese 9: In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 10: Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die teikenfobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

Hipotese 17: Blootstelling alleen sal in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes tot gevolg hê.

Hipotese 18: Die beduidend groter verbeterende effek van blootstelling alleen in vergelyking met 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die metings van die teikenfobie- afhanklike veranderlikes, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

Uit die resultate het geblyk dat die gekombineerde behandeling aan die einde van terapie 'n beduidend groter verlagende effek in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op die volgende teikenfobie-veranderlikes getoon het: *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping* (gemeet met die TEIK Skale en weerspieël deur die TEIK-I), *teikenfobie-vermyding* (gemeet met die FQ-TP) en *teikenfobie-angs* (gemeet met die SUD-slaal). Die beduidend groter effekte is volgehou tot by 3-maande-opvolg. Hierdie resultate bied steun vir Hipoteses 1 en 2.

Alhoewel die veranderlike *gedagte-funksionaliteit* (weerspieël deur die GLT-SOM) as kognitiewe veranderlike geklassifiseer is, moet in gedagte gehou word dat die toneel wat vir die meting daarvan gebruik was, dieselfde teikenfobie-toneel is wat gebruik was vir die meting van teikenfobie-angs. Wanneer die kognitiewe veranderlikes ter sprake kom, sal die effek van die gekombineerde behandeling op *gedagte-funksionaliteit* in meer besonderhede bespreek word. Dit behoort egter op hierdie stadium genoem te word dat die gekombineerde behandeling ook op hierdie kognitiewe teikenfobie-veranderlike 'n beduidend groter verbeterende effek as die waglys-kontrolekondisie gehad het en bied dus beduidende steun vir Hipoteses 1 en 2.

Eweneens het die blootstellingsbehandeling 'n beduidend groter verlagende effek as die waglys-kontrolekondisie op elkeen van die drie teikenfobie-veranderlikes gehad. Hierdie behandeling se beduidend groter effekte is ook volgehou tot by 3-maande-opvolg vir die veranderlikes *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping* en *teikenfobie-vermyding*. Vir die derde veranderlike (*teikenfobie-angs*) is die resultate egter nie volgehou nie. Hierdie resultate bied steun vir Hipotese 9, asook vir Hipotese 10, behalwe vir die veranderlike *teikenfobie-angs* waar die verbetering nie gehandhaaf is nie. Die blootstellingsbehandeling het nie 'n beduidend groter verbeterende effek as 'n waglys-kontrolekondisie op die kognitiewe teikenfobie-veranderlike *gedagte-funksionaliteit* gehad nie.

Die blootstellingsbehandeling het, in teenstelling met wat verwag is, nie 'n beduidend groter verlagende effek aan die einde van terapie as die gekombineerde behandeling op enige van die drie teikenfobie-veranderlikes gehad nie. Inteendeel, die gekombineerde behandelingsgroep se gemiddelde tellings vir *teikenfobie-angs* was na behandeling opmerklik laer as dié van die blootstellingsgroep, maar kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te haal nie. Die resultate bied dus nie steun vir Hipoteses 17 en 18 nie.

Wat die effekte en differensiële effekte van die twee behandelingsprosedures op die teikenfobie-veranderlikes betref, kan enkele gevolgtrekkings opsommend gemaak en beklemtoon word. Dit is eerstens belangrik om te noem dat albei intervensies tot 'n beduidende verbetering van al die teikenfobie-veranderlikes gelei het, en dat hierdie verbetering vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. Albei behandelingsprosedures het ook tot beduidend groter verbeterings as 'n waglys-kontrolekondisie op

al die teikenfobie-veranderlikes aanleiding gegee en, met uitsondering van *teikenfobie-angs* by die blootstellingsbehandeling, is die effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou. Die twee behandelingsprosedures het nie beduidend verskil wat hul effek op die teikenfobie-veranderlikes betref nie.

Die beduidend groter effek wat albei behandelings in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op die teikenfobie-simptomatologie gehad het, asook dat hierdie effekte grootliks vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou is, stem ooreen met die bevindings van Hope, Heimberg et al. (1995). Hulle het ook gevind dat, in teenstelling met 'n waglys-kontrolekondisie, beide tipes behandeling 'n beduidende verlagende effek op sekere teikenfobie-veranderlikes gehad het (waaronder subjektief-gerapporteerde angs, vermyding van tien idiosinkratiese gevreesde sosiale situasies, asook op subjektiewe angs, sowel as angs waargeneem deur 'n aantal beoordelaars tydens 'n geïndividualiseerde gedragstoets). Die effekte van hulle behandelings is vir 6 maande in stand gehou. Hope et al. (1995) het ook gevind dat 'n gekombineerde behandeling, maar nie die blootstellingsbehandeling nie, 'n beduidend groter verbeterende effek na behandeling as 'n waglys-kontrolekondisie op die kognitiewe teikenfobie-veranderlike *gedagte-funksionaliteit* gehad het.

Die beduidende resultate van die huidige ondersoek wat die teikenfobie-veranderlikes betref, stem ook ooreen met die bevindings wat in enkele ander studies gerapporteer is (Biran et al., 1981; Heimberg, Dodge et al., 1990; Mattick & Peters, 1988). Mattick en Peters (1988) het in 'n geïndividualiseerde gedragstoets, waarin situasies hiërargies volgens angswekkendheid gerangskik is, beduidende verbetering in die persentasie voltooide situasies van die totale toets na beide tipe behandelings gedemonstreer. Hulle het nie 'n kontrolegroep in hulle studie betrek nie. Heimberg, Dodge et al. (1990) het gevind dat die gekombineerde behandeling *teikenfobie-vermyding* beduidend verlaag het en dat hierdie verbetering, in teenstelling met 'n waglys-kontrolekondisie, tot by 6-maande-opvolg in stand gehou is. In dieselfde studie het hulle ook gevind dat wat subjektief-gerapporteerde angs in 'n idiosinkratiese gesimuleerde situasie betref (gereflekteer deur SUD-BEOORDELINGS), deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het, beduidend minder angs by die nameting sowel as by die 6-maande-opvolgmeting, as 'n aandag-kontrolegroep gerapporteer het. Die resultate van die huidige ondersoek sluit ook aan by die bevinding van Biran et al. (1981) dat *in vivo* blootstelling alleen baie effektief was om vermydingsgedrag by 'n spesifieke teikenfobie, naamlik skriptofobie (vrees om in die openbaar te skryf) te verminder.

Dit blyk dus duidelik uit die resultate van die huidige ondersoek, sowel as uit die bevindings van vorige studies, dat albei behandelings in staat was om tot beduidende verbetering van die metings van die teikenfobie-veranderlikes te lei. Dit is nie juis 'n verrassende bevinding nie, aangesien 'n relatief groot proporsie van die tyd wat tydens die terapie-sessies aan groeplede gespandeer was, juis gefokus het op oefeningstonele wat met elke deelnemer se idiosinkratiese, verpersoonlikte teikenfobie verband gehou het. Dieselfde geld vir die huiswerkopdragte tydens die behandeling, want dit het dikwels met die individue se teikenvrees verband gehou (i.e., om byvoorbeeld 'n toespraak te maak, vir 'n werksonderhoud te gaan, sosiaal gesellig te verkeer of om 'n afspraak met iemand van die teenoorgestelde geslag te maak). Tydens die behandeling wat slegs uit blootstelling bestaan het, was

daar natuurlik nog meer tyd beskikbaar vir herhalende, langdurige blootstelling soos aanbeveel deur Marks (1987), en daarom is beduidende effekte soos voorspel deur Marks en Mathews (1979), op die teikenfobie-veranderlikes verwag en het die resultate dit ook bevestig.

Wat 'n vergelyking van die twee behandelings ten opsigte van die teikenfobie-veranderlikes betref, is reeds genoem dat blootstellingsbehandeling, nie soos verwag is, tot beduidend groter verbetering as die gekombineerde behandeling gelei het nie. Daar is ook vroeër genoem dat die gekombineerde behandeling 'n opmerklik groter verlagende effek as blootstellingsbehandeling op *teikenfobie-angs* gehad het, en dat die verskille net nie groot genoeg was om statistiese beduidendheid te haal nie. In teenstelling met die onbeduidende verskille tussen die twee behandelings wat betref effek op die teikenfobie-veranderlikes wat in die huidige ondersoek gevind is, is beduidende verskille wel in ander studies gerapporteer (Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick & Peters, 1988). Hope, Heimberg et al. (1995) het kleiner behandeling-effekgroottes na 'n gekombineerde behandeling as na behandeling met blootstelling alleen (plus 'n aandagskontrole-komponent) gevind ten opsigte van subjektief-gerapporteerde angs, sowel as ten opsigte van vermyding van tien idiosinkratiese gevreesde sosiale situasies. Subjektiewe angs in 'n geïndividualiseerde gedragstoets (SUD-BEOORDELINGS) op nameting is die enigste meting in die Hope, Heimberg et al. (1995) studie ten opsigte waarvan die deelnemers in die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, beduidend meer verbetering getoon het as die deelnemers in die groep wat slegs blootstelling (as enigste aktiewe komponent) ontvang het. Mattick en Peters (1988) het in 'n geïndividualiseerde gedragstoets, waarin situasies hiërargies volgens angswekkendheid gerangskik is, beduidende verbetering wat betref persentasie van die totale toets voltooi, na beide tipe behandelings gedemonstreer, met die gekombineerde behandeling wat beduidend groter verbetering van voor- na nameting getoon het. In die studie van Mattick en Peters (1988) het die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het by opvolgmeting beduidend groter verbetering op *teikenfobie-vermyding* getoon as die blootstellingsgroep.

Dit is dus op grond van die resultate van vorige studies steeds nie duidelik watter een van die twee prosedures die effektiëste sou wees in die behandeling van die teikenfobie-komponent van sosiale fobie nie. Daar is in die huidige ondersoek verwag dat blootstelling alleen die beste resultate sou lewer. Tyd wat gedurende die gekombineerde behandeling gespandeer is aan die verduideliking van die rasionaal onderliggend aan kognitiewe herstrukturering, asook aan die identifikasie van disfunksionele gedagtes, denkfoute en oortuigings, is tydens blootstellingsbehandeling gebruik vir blootstelling aan veral teikenfobie-situasies. Dit sou noodwendig aanleiding gee tot meer blootstelling aan die teikenfobie-situasies vir die blootstellinggroep, en daarom is 'n groter effek op die teikenfobie-veranderlikes verwag. Dit is egter nie gevind nie. Die onbeduidendheid van die verskille tussen die twee behandelings sou dalk kon beteken dat kognitiewe herstrukturering (sonder blootstelling) altyd net so effektië soos blootstelling is wat betref die behandeling van teikenfobie, óf, en dalk meer waarskynlik, dat die addisionele tyd wat aan teikenfobie-blootstelling bestee was, dalk te kort was om 'n verskil te maak. Daar word vermoed dat die blootstellingsgroep meer blootstelling ontvang het, maar dit is nie gemonitor nie en daarom kan daar nie bepaal word of dit wel so was nie, en indien wel, hoeveel nie. 'n Derde moontlikheid is dat 'n mate van blootstelling benodig word vir 'n terapeutiese effek, maar dat dit dan vir ('n onbekende) periode nie 'n

verskil maak of deelnemers blootstelling alleen, kognitiewe herstrukturering alleen of 'n kombinasie van die twee ontvang nie. Dit is hipoteses wat hul teen tot verdere ondersoek in toekomstige navorsing.

Die aanduidings in die huidige ondersoek dat die gemiddelde *teikenfobie-angs* van die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het op die nameting byna statisties beduidend laer as dié van die blootstellingsgroep was, behoort verder ondersoek te word. Indien die huidige aanduidings bevestig word, sou dit eerstens beteken dat kognitiewe herstrukturering in staat was om blootstelling te versterk in die vermindering van *teikenfobie-angs*. Daar is in vorige hoofstukke 'n lys van teorieë, standpunte en bevindings beskryf waarom verwag sou kon word dat die gekombineerde behandeling beter as blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie behoort te vaar, byvoorbeeld dat verbetering as gevolg van die wysiging van die een of ander mediërende kognitiewe veranderlike geskied (bv. Bruch, et al., 1991; Mattick & Peters, 1988), dat kognitiewe herstrukturering veral in staat is om hierdie (nog ongeïdentifiseerde) kognitiewe veranderlike te wysig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982), en dat dit kan geskied deur wedersydse fassilitasie van kognitiewe herstrukturering en blootstelling soos deur Hope, Heimberg et al. (1995) beskryf (naamlik dat blootstelling kognitiewe herstrukturering kan fassiliteer deur sukseservarings en/of die beskikbaarstelling van disfunksionele kennisies vir betwisting, en dat kognitiewe herstrukturering blootstelling kan fassiliteer deur aan deelnemers 'n angshanteringstrategie te gee wat daartoe kan lei dat hulle hulself meer geredelik aan gevreesde situasies blootstel). Dit is alles faktore wat dalk sou kon bydra tot die groter effektiwiteit van die gekombineerde behandeling om *teikenfobie-angs* te verlaag. Die vraag wat gevra kan word, is waarom juis *teikenfobie-angs* en nie die ander twee teikenfobie-veranderlikes nie? Die feit dat *teikenfobie-angs* gemeet word na 'n relatief lang blootstelling aan 'n gevreesde toneel, sou dalk 'n antwoord kon bied. Dit kan wees dat die gebruik van die kognitiewe herstrukturering-vaardigheid tyd neem om te implimenteer; 'n tydperk, wat amper as 'n tipe "inkubasie-periode" beskryf sou kon word, wat die individu gebruik om as 't ware in gereedheid te kom en die vaardigheid te implimenteer. So 'n verklaring impliseer natuurlik dat die gebruik van die strategie dalk doelbewus en bewustelik (strategies), of minstens gedeeltelik bewustelik, gebruik word. Die meting van die ander twee teikenfobie-veranderlike met 'n Likert-tipe skaal het gevolg na die lees van 'n teikenfobie beskryf in 'n enkele sin. Verdere steun vir hierdie hipotese kan gevind word in die groter effek van die gekombineerde behandeling as blootstelling alleen op die kognitiewe veranderlike *gedagte-funksionaliteit* (gebaseer op spontane gedagtes na 'n relatief lang verbeeldingsvoorstelling), maar nie *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gebaseer op ja-nee response op enkele sinne) nie. Dit sal verderaan bespreek word. Hierdie hipotese behoort in verdere navorsing ondersoek te word.

Daar is reeds vroeër verwys na die feit dat beide intervensies in die huidige ondersoek na behandeling tot beduidend groter verlagings van die teikenfobie-veranderlikes as die waglys-kontrolekondisie gelei het, en aangesien daar nie baie duidelike en groot verskille tussen die resultate van die twee behandelings gevind is nie, sou die kritiese terapeutiese veranderlike in albei intervensies natuurlik nog steeds die blootstelling kon gewees het.

7.3 SOSIALEFOBIE-VERANDERLIKES

Die volgende hipoteses is ten opsigte van die sosialefobie-veranderlikes (*sosialefobie-vermyding*, *sosialefobie-observasie-angs*, *sosialefobie-interaksie-angs*, *sosialefobie-algemenesimptomatologie*, *sosialefobie-vermyding/ongemak*, en *sosialefobie-ongemak/belemmering*) gestel:

Hipotese 3: In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 4: Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word,

Hipotese 11: In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 12: Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die sosialefobie- afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word,

Hipotese 19: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling nie.

Hipotese 20: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die sosialefobie- afhanklike veranderlikes aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

Uit die resultate het geblyk dat die gekombineerde behandeling aan die einde van terapie 'n beduidend groter verlagende effek in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op die volgende sosialefobie-veranderlikes getoon het: *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ–SP), *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS), *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAI-TS), en *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ–DS). Die beduidend groter effekte is volgehou tot by 3-maande-opvolg. In teenstelling met wat verwag is, het die gekombineerde behandeling nie 'n beduidend groter verlagende effek as die waglys-kontrolekondisie op die veranderlikes *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS) en *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) gehad nie. Bloot op gesigswaarde beoordeel, was dit opvallend hoeveel die SIAS- en SAD- resultate meer as dié van die waglys-kontrolekondisie van die voor- na die nameting verlaag het, maar die verskille was volgens die resultate van die statistiese analyses nie beduidend nie. Ten spyte hiervan dui die resultate oor die algemeen op die effektiwiteit van die gekombineerde behandeling om algemene sosiale fobie-simptomatologie te verminder en bied dus grootliks steun vir Hipoteses 3 en 4.

Die blootstellingsbehandeling het 'n beduidend groter verlagende effek as die waglys-kontrolekondisie op twee van die ses sosialefobie-veranderlikes gehad, naamlik *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ–SP) en *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ–DS). Die betekenisvolle

behandelingseffekte is slegs vir *sosialefobie-vermyding* tot by 3-maande-opvolg volgehou. In teenstelling met wat verwag is, het blootstellingsbehandeling nie 'n beduidend groter verlagende effek as die waglys-kontrolekondisie op die veranderlikes *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS), *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS), *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAITS) en *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) gehad nie. Die resultate van twee van die veranderlikes kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te haal nie, naamlik *sosialefobie-observasie-angs* en *sosialefobie-algemenesimptomatologie*. Bloot op gesigswaarde beoordeel, soos wat ook die geval by die gekombineerde behandeling was, is dit opvallend hoeveel die blootstellingsbehandeling die metings op al die sosialefobie-veranderlikes meer as dié van die waglys-kontrolekondisie van voor- na meting verlaag het, maar die verskille was slegs vir twee veranderlikes statisties beduidend. Die resultate bied dus slegs gedeeltelike steun vir Hipoteses 11 en 12.

Soos verwag het die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling nie aan die einde van terapie of na 'n 3-maande-opvolgperiode beduidend verskil wat hulle effek op metings van die sosialefobie-veranderlikes betref nie. Die resultate bied dus steun vir Hipoteses 19 en 20.

Wat die effekte en differensiële effekte van die twee behandelingsprosedures op die sosialefobie-veranderlikes betref, kan enkele gevolgtrekkings opsommend gemaak en beklemtoon word. Dit is eerstens belangrik om te noem dat albei intervensies tot 'n beduidende verbetering van al die teikenfobie-veranderlikes gelei het, en dat hierdie effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. Albei behandelingsprosedures het ook tot beduidend groter verbeterings as 'n waglys-kontrolekondisie op *sosialefobie-vermyding* en *-ongemak/belemmering* aanleiding gegee, en die effekte is vir eersgenoemde veranderlike vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou. Die effekte op laasgenoemde veranderlike is by die gekombineerde behandeling, maar nie by die blootstellingsbehandeling nie, in stand gehou. In teenstelling met die blootstellingsbehandeling, het die gekombineerde behandeling ook tot beduidend groter verlaging as die waglys-kontrolekondisie na behandeling in die metings van *sosialefobie-observasie-angs*, *-algemene simptomatologie* en *vermyding/ongemak* aanleiding gegee en die effekte is vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou. Die twee behandelingsprosedures het nie beduidend verskil wat hulle effek op die sosialefobie-veranderlikes betref nie.

Die algemene tendens wat in die huidige studie gevind is, naamlik dat die gekombineerde behandeling meer effektief as 'n kontrolekondisie in die verbetering van sosialefobie-veranderlikes was, sluit aan by die bevindings van ander studies (Butler et al., 1984; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a). Die intandhouding van die effekte vir 'n 3-maande-opvolgperiode stem ook ooreen met die bevindings van Heimberg, Dodge et al. (1990). In laasgenoemde studie het 75% van die deelnemers in die gekombineerde behandelingsgroep en 40% van die deelnemers in 'n aandag-kontrolegroep volgens klinikus-beoordelings betekenisvolle verbetering getoon. Wat opvolg betref, het 82% van die deelnemers in die gekombineerde behandelingsgroep en 47% van die deelnemers in 'n aandag-kontrolegroep subkliniese vlakke van sosiale angs tydens 'n 6-maande-opvolgondersoek getoon.

Die bevinding in die huidige studie dat die blootstellingsbehandeling, minstens wat die verlaging van sekere sosialefobie-veranderlikes betref, meer effektief was as 'n kontrolekondisie, sluit aan by die bevindings van ander studies (Al-Kubaisy et al., 1992; Alstrom et al., 1984; Beidel et al., 1993; Butler et al., 1984; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Mersch, 1995; Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

Bevindings oor die behandelingseffekte van die twee behandelings op spesifieke sosialefobie-veranderlikes, en die instandhouding daarvan, word vervolgens met die bevindings van ander studies vergelyk.

Die beduidend groter effekte van beide behandelings as die waglys-kontrolekondisie op *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ-SP) wat in die huidige studie gedemonstreer is, stem ooreen met die bevinding van Hope, Heimberg et al. (1995). Beduidende verlaging van die tellings behaal op die FQ-SP is ook gerapporteer in ander studies na behandeling met die gekombineerde intervensie (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Herbert et al., 1995), en beduidende vermindering van vermyding van skriptofobie na *in vivo* blootstelling alleen (Biran et al., 1981). Dit is in ooreenstemming met die bevindings van die huidige ondersoek. Heimberg, Dodge et al. (1990) het gevind dat die beduidende effekte van die gekombineerde behandeling op die FQ-SP tellings, volgehou is tot by 6-maande-opvolg. Dit stem ooreen met die instandhouding vir 'n 3-maande-opvolgperiode wat vir beide behandelings in die huidige studie gevind is. Cox et al. (1998) het 'n groot, beduidende ($p = .001$) behandelingseffekgrootte van 0.59 op die FQ-SP na behandeling van 'n sosiale fobie groep ($n = 25$) met die gekombineerde behandeling gerapporteer.

Die beduidende verlagende effekte van die twee behandelings in die huidige ondersoek op *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS) sluit aan by die resultate gerapporteer in ander studies (Cox et al., 1998; Mattick & Peters, 1988). Mattick en Peters (1988) het beduidende effekte op die SPS gedemonstreer na beide tipes behandeling, en Cox et al. (1998) het 'n groot en beduidende ($p = .000$) behandelingseffekgrootte van 0.50 op die SPS gevind na behandeling van 'n groep met sosiale fobie ($n = 25$) met die gekombineerde behandeling. Nie in een van laasgenoemde twee ondersoeke is die behandelings met 'n kontrolekondisie vergelyk nie. Mattick en Peters (1988) het ook gevind dat die effekte van beide behandelings op die SPS-resultate, soos in die huidige ondersoek, in stand gehou is vir 'n opvolgperiode van 3 maande.

Die beduidende verlagende effek van die gekombineerde behandeling in die huidige ondersoek op *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS) sluit aan by 'n studie van Cox et al. (1998) waarin 25 deelnemers met sosiale fobie die gekombineerde behandeling ontvang het. Hulle het 'n beduidende ($p = .000$) en 'n groot behandelingseffek van 0.54 op die SIAS resultate gerapporteer. 'n Kontrolegroep is egter nie in hierdie studie betrek nie.

Die beduidende verlagende effek van die gekombineerde behandeling op *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAI-TS) wat in die huidige ondersoek gevind is, stem ooreen met die resultate gerapporteer in ander studies (Cox et al., 1998; Hope, Herbert et al., 1995). Cox et al. (1998) het 'n beduidende ($p = .003$) groot behandelingseffek van 0.48 op die SPAI-TS na

behandeling van 25 deelnemers met sosiale fobie met die gekombineerde behandeling gevind. Hope, Herbert et al. (1995) het gevind dat die gekombineerde behandeling 'n beduidende effek ($p < .05$) gehad het op die hoofteelling van die SPAI. Die beduidende verlagende effek van die blootstellingsbehandeling op *sosialefobie-algemenesimptomatologie* in die huidige ondersoek stem ook ooreen met die resultate van Beidel et al. (1993). Hulle het gevind dat 'n sosiale fobie groep wat met intense blootstelling alleen behandel is, beduidend meer verbeter het op die SPAI-TS ($p = .02$) as 'n groep wat 'n pilplasebo ontvang het. Turner, Beidel en Wolff (1994) het gevind dat die gebruik van intense blootstelling (in vivo en op verbeeldingsvlak) kan bydra tot hoogsbeduidende ($p < .0001$) verbeteringe op die SPAI-TS by 'n groep wat behandel is vir sosiale fobie. Veranderinge in 'n groep wat met 'n pilplasebo behandel is, was nie beduidend nie.

Die onbeduidende verskille wat in die huidige studie tussen die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie ten opsigte van *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) gevind is, stem ook ooreen met die bevindings van Hope, Heimberg et al. (1995). Die beduidende verlagende effek na die gekombineerde behandeling op die SAD-resultate in die huidige ondersoek, stem ooreen met die beduidende verlaging in SAD-resultate gerapporteer deur Salaberría en Echeburúa (1998) en verskil van die onbeduidende effekte van die gekombineerde behandeling op metings van die SAD in 'n studie deur Heimberg, Dodge et al. (1990). Salaberría en Echeburúa (1998) het 18 pasiënte met sosiale fobie met die gekombineerde intervensie behandel en het beduidende verlaging in SAD-tellings in die periodes voor- tot nameting ($p < .001$) en voor- tot 6-maande-opvolg ($p < .001$) gerapporteer, terwyl 'n waglys-kontrolegroep se SAD-tellings nie beduidend verlaag het in die periode vanaf voorbehandeling tot 6-maande-opvolg nie. Dit kontrasteer met die bevinding in die huidige ondersoek dat die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie nie, wat die SAD-resultate betref, in die periode vanaf voormeting tot by 3-maande-opvolg beduidend verskil het nie. Dit is egter belangrik om weer eens te beklemtoon dat die beduidende effek van die gekombineerde behandeling op die SAD-resultate in die studie van Salaberría en Echeburúa (1998), en die instandhouding van hierdie effekte vir 6 maande, ooreenstem met die bevindings van die huidige ondersoek. Die feit dat die behandelingsgroep, in teenstelling met die kontrolegroep in hulle studie beduidend verbeter het, kontrasteer wel met die onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie wat in die huidige ondersoek gevind is. Aan die anderkant weer, is dit belangrik om in gedagte te hou dat die eksperimentele ontwerp en statistiese model wat in die studie van Salaberría en Echeburúa (1998) gebruik is, verskil van dié van die huidige ondersoek. As die gevolgtrekking gemaak word dat die bevindings van die twee studies kontrasteer, moet dit in gevalle soos hierdie met groot versigtigheid en slegs as 'n tendens beskou word. Daar bestaan nog steeds die moontlikheid dat indien dieselfde statistiese prosedures gebruik sou word om die data van die twee studies te analiseer, dit tot die bevinding kan lei dat die resultate van die studies in werklikheid nie van mekaar verskil nie. Die onbeduidende verskille tussen die effekte van die blootstellingsbehandeling en die waglys-kontrolekondisie op *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) wat in die huidige studie gevind is, stem ooreen met die bevindings in sommige studies (Beidel et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995), maar verskil van dié in ander (Salaberría & Echeburúa, 1998). Beidel et al. (1993) het gevind dat 'n sosiale fobie groep wat met intense blootstelling alleen behandel is, nie beduidend meer na behandeling verbeter het op die SAD as 'n groep wat 'n pilplasebo ontvang het nie. Salaberría en

Echeburúa (1998) het beduidende verlagings na blootstellingsbehandeling in SAD-tellings in die periodes voor- tot nameting ($p < .001$) en voor- tot 6-maande-opvolg ($p < .001$) gerapporteer, terwyl 'n waglys-kontrolegroep se SAD-tellings nie beduidend verlaag het in die periode voor- tot 6-maande-opvolg nie. Hulle het ook gevind dat die groep beduidend bly verbeter het in die periode vanaf nameting tot by 6-maande-opvolg ($p < .05$), maar nie verder in die periode 6- tot 12-maande-opvolg nie. Die beduidende verskille in SAD-resultate tussen die blootstellingsbehandeling en die kontrolekondisie by 6-maande-opvolg in die studie van Salaberría en Echeburúa (1998), kontrasteer met die onbeduidende verskille in die huidige ondersoek tussen dieselfde twee behandelingskondisies wat die SAD-resultate betref.

Geen ander studie kon geïdentifiseer word waarmee die beduidende effek van die gekombineerde behandeling, sowel as die beduidend groter effek van die gekombineerde behandeling in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, op *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ-DS) wat in die huidige studie gedemonstreer is, vergelyk kan word nie. Die beduidend groter effek van die blootstellingsbehandeling in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op die metings van die FQ-DS wat in die huidige studie gedemonstreer is, stem ooreen met die bevinding van Turner, Beidel, en Wolff (1994). Hulle het gevind dat die gebruik van intense blootstelling (in vivo en op verbeeldingsvlak) bygedra het tot hoogsbeduidende ($p < .0001$) verbeteringe op die FQ-DS. Veranderinge in 'n groep wat met 'n pilplacebo behandel is, was kleiner maar ook beduidend ($p < .05$).

Voordat die twee behandelings in terme van hul effekte op die sosialefobie-veranderlikes bespreek word, is dit nodig om eers 'n paar samevattende opmerkings te maak oor die vergelykings van hierdie effekte met die bevindings van die ander studies wat tot dusver bespreek is. Die bevinding in die huidige studie dat albei behandelingsprosedures tot beduidende verbeteringe van al die sosialefobie-veranderlikes gelei het, en dat hierdie effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is, word grootliks deur die resultate van ander studies gesteun. In ander studies waarin kontrolekondisies ook gebruik is, het die statistiese model wat gebruik is vir die analisering van die gegewens dikwels verskil van dié van die huidige ondersoek. Die enkele gevalle waar gevind is dat die resultate van die huidige ondersoek dus verskil van dié van ander studies waarin behandeling met 'n kontrolekondisie vergelyk is, moet die bevindings met groot versigtigheid en as tentatiewe aanduidings beskou word.

Albei behandelings het al die sosialefobie-veranderlikes beduidend laat verbeter en die effekte is vir 'n 3-maande-opvolgperiode volgehou, maar die twee behandelings het verskil in die mate waartoe dit tot beduidende verskille in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie aanleiding gegee het. Die gekombineerde behandeling het dit op die metings van vier uit ses veranderlikes gedemonstreer, teenoor die twee uit ses van die blootstellingsbehandeling. Die gekombineerde behandeling was dus op 'n baie breër basis effektief as die blootstellingsbehandeling. Dit moet beskou word as 'n tendens vir die gekombineerde terapie om 'n meer effektiewe intervensie as blootstelling alleen in die behandeling van die simptome van sosiale fobie te wees, maar dit is nie die beste maatstaf om die differensiële effektiwiteit van die twee behandelings te bepaal nie. 'n Direkte vergelyking van die twee behandelings met 'n Herhaalde Metings Manova is 'n beter ontwerp en die resultate van hierdie statistiese model sal in die laaste deel van hierdie gedeelte bespreek word. Die onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie wat effekte op *sosialefobie-interaksie-angs*

betref, moet in die lig van die beduidende verskille tussen hierdie twee kondisies ten opsigte van *sosialefobie-observasie-angs* beskou en bespreek word. Alhoewel die deelnemers wat in die huidige ondersoek betrek is oorwegend aan algemene interaksionele vrese, en nie slegs 'n enkele spesifieke vrees gelei het nie, was die hoof teikenvrese wat vir meting- en terapiedoeleindes vir elke deelnemer geïdentifiseer was, dikwels vir situasies wat openbare optrede en observasie angs betref. Tydens terapie is 'n relatief groot proporsie van die behandelingstyd dus aan blootstelling aan en kognitiewe herstrukturering ten opsigte van hierdie teikensituasies gespandeer. Relatief minder tyd is gespandeer aan algemene sosiale-interaksiesituasies en dit sou die verskille in effekte op die twee genoemde veranderlikes kon verklaar. Hierdie verklaring sou ook vir die resultate van behandeling vir die blootstellingsgroep kon geld. Die verskille tussen die blootstellingsbehandeling en die waglyskontrolekondisie kon, wat *sosialefobie-observasie-angs* betref, net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie, en die resultate het dus 'n tendens tot statisties beduidende verskille gedemonstreer. Dieselfde argumente sou gebruik kon word om die onbeduidende verskille tussen die behandelings en die waglyskontrolekondisie ten opsigte van *sosialefobie-vermyding/ongemak* te verklaar. Die items van die SAD (waarmee *sosialefobie-vermyding/ongemak* gemeet is) het feitlik almal betrekking op algemene interaksionele situasies en nie openbare optrede-situasies nie (wat meer met die deelnemers se teikensituasies sou ooreenstem). Dit sou in die toekoms sinvol wees om metodes te ontwikkel om die verskille te probeer bepaal in die terapietyd wat spandeer word aan die hantering van spesifieke teikenvrese-situasies, en die tyd gespandeer aan blootstellingsoefeninge van meer algemene interaksionele situasies. Dit word vir toekomstige navorsing aanbeveel. Dit is opmerklik dat die enigste twee veranderlikes ten opsigte waarvan die blootstellingsbehandeling van die waglyskontrolekondisie verskil het, naamlik *sosialefobie-vermyding* en *sosialefobie-vermyding/ongemak*, albei deur subskale van die FQ gemeet is en waarin die fokus op die vermyding van gevreesde sosiale situasies val. Herhalende, langdurige blootstelling is veral effektief vir verbetering van die vermydingskomponent van fobies, sosiale fobie ingesluit (Marks, 1987), en dit word deur die beduidende verskille in effekte op hierdie twee genoemde veranderlikes ondersteun. Resultate in die huidige studie wat verband hou met 'n direkte vergelyking van die twee behandelings ten opsigte van die *sosialefobie-veranderlikes* (met Herhaalde Metingsontwerp Manovas) word vervolgens bespreek.

Soos verwag, het die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling nie beduidend van mekaar verskil wat hulle effek op die *sosialefobie-afhanklike veranderlikes* betref nie. Dit sluit aan by bevindings van oorsigstudies dat daar oor die algemeen nie groot verskille in die effektiwiteit van die twee behandelings is nie (Feske & Chambless, 1995; Turner, Cooley-Quille et al., 1996), asook by die algemene bevindings van die uitkomsstudie deur Hope, Heimberg et al. (1995). Die onbeduidende verskille tussen die twee behandelings in die huidige studie wat *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ-SP) betref, verskil van die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) waarin hulle blootstellingsgroep 'n effens hoër effektgrootte as die gekombineerde behandelingsgroep getoon het. Dit stem ooreen met 'n studie van Mattick en Peters (1988) waar beide die behandelingsprosedures die FQ-SP-resultate beduidend verlaag het, maar die effekte van die behandelings het nie beduidend verskil nie. Die onbeduidende verskille tussen die twee behandelings in die huidige studie wat *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS) betref, stem ook ooreen met 'n bevinding van Mattick en Peters (1988). Hulle het, soos in die geval van die FQ-SP-resultate, beduidende effekte op die SPS gedemonstreer na

behandeling met beide behandelingsprosedures, maar die verskille tussen die effekte van die twee behandelings was ook nie beduidend nie. Die onbeduidende verskille in die huidige studie tussen die twee behandelings ten opsigte van *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD), stem ooreen met 'n bevinding van Salaberría en Echeburúa (1998). Hulle het geen verskille op die SAD tussen groepe met sosialefobie-behandel met die gekombineerde behandeling ($n = 18$) en blootstelling alleen ($n = 28$) gevind nie, en ook nie na opvolgperiodes van 1, 3, 6 en 12 maande nie. Dit verskil egter van die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) waarin hulle blootstellingsgroep beduidend op hierdie veranderlike verbeter het, maar die gekombineerde behandelingsgroep nie. Geen studies kon geïdentifiseer word waarmee die onbeduidende verskille tussen die twee behandelings wat in die huidige studie in terme van effekte op *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS), *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAI-TS), en *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ-DS) gevind is, vergelyk kon word nie.

Samevattend kan genoem word dat (a) albei behandelings tot 'n beduidende verbetering van al die sosialefobie- afhanklike veranderlikes gelei het en dat die effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is, (b) die gekombineerde behandeling in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, tot beduidende groter verbetering by meer sosialefobie-veranderlikes as die blootstellingsbehandeling gelei het en, met uitsondering van *sosialefobie-ongemak/belemmering* by die blootstellingsgroep, vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou is, en (c) die twee behandelings, wanneer hulle statisties direk met mekaar vergelyk is, nie beduidend van mekaar verskil het aan die einde van behandeling of by 3-maande-opvolg in terme van hulle effekte op die sosialefobie-veranderlikes nie. Alhoewel daar in die volgende afdeling weer na die onderwerp teruggekeer sal word, is dit waarskynlik sinvol om op hierdie stadium te beklemtoon dat die effekte wat vir die gekombineerde behandeling op die simptomatologie van sosiale fobie gedemonstreer is, nie afdoende bewys is van die kognitiewe teorie oor angsversteurings in die algemeen (Beck et al., 1995) en sosiale fobie spesifiek (Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990) nie, naamlik dat kognitiewe verandering essensieel vir die vermindering van die vrees en vermyding kenmerkend van sosiale fobie, en dus vir suksesvolle behandeling. Dit is ook nie 'n bewys van die standpunte van Butler (1989) en Emmelkamp (1982) dat kognitiewe herstrukturering essensieel is om sulke kognitiewe veranderinge teweeg te bring nie. Die feit dat die gekombineerde behandeling, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, die simptomatologie van sosiale fobie op 'n breër basis as blootstelling laat verbeter het by nameting en 3-maande-opvolg, is wel in ooreenstemming met die genoemde teoretiese uitgangspunte.

7.4 KOGNITIEWE VERANDERLIKES

Die volgende hipoteses is ten opsigte van die kognitiewe veranderlikes (*gedagte-funksionaliteit*, *vrees-ir-negatiewe-evaluasie* en *aandagsverdraaiing*) gestel:

Hipotese 5: In vergelyking met 'n waglyskontrole-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

- Hipotese 6: Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- Hipotese 13: In vergelyking met 'n waglyskontrolle-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die kognitiewe afhanklike veranderlikes aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- Hipotese 14: Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die kognitiewe afhanklike veranderlikes sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- Hipotese 21: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling sal in vergelyking met blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering in die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, aan die einde van behandeling tot gevolg hê.
- Hipotese 22: Die beduidend groter verbeterende effek van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling as blootstelling alleen op die metings van die produkte van hoofsaaklik strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.
- Hipotese 23: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van behandeling nie.
- Hipotese 24: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering in die metings van die produk van hoofsaaklik outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*, aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

Uit die resultate het geblyk dat die gekombineerde behandeling aan die einde van terapie 'n beduidend groter verbeterende (verhogende) effek, in vergelyking met die waglys-kontrollekondisie, op die kognitiewe veranderlike *gedagte-funksionaliteit* (weerspieël deur die GLT-SOM) getoon het. Hierdie beduidend groter effek is tot by 3-maande-opvolg volgehou. In teenstelling met wat verwag is, het die gekombineerde behandeling nie 'n beduidend groter verbeterende (verlagende) effek as die waglys-kontrollekondisie op die veranderlikes *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE) en *aandagsverdraaiing* (weerspieël deur die STROOP) gehad nie. Daar was ook aanduidings dat *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* beduidend deur die gekombineerde behandeling verbeter is en dat die effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande volgehou is. Die resultate wat die effek van die gekombineerde behandeling op *aandagsverdraaiing* weerspieël kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die resultate wat met 'n vergelyking tussen die effekte van die waglys-kontrollekondisie en die gekombineerde behandeling verband hou, bied wat *gedagte-funksionaliteit* betref dus steun vir Hipoteses 5 en 6, maar nie ten opsigte van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* en *aandagsverdraaiing* nie.

In teenstelling met wat verwag is, het die blootstellingsbehandeling, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, nie 'n beduidend groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit*, *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* of *aandagsverdraaiing* na behandeling of by 3-maande-opvolg gehad nie. Die verskil in effekte kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid vir *gedagte-funksionaliteit* te bereik nie. Die blootstellingsbehandeling het beduidende verbeterende effekte op *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* na behandeling en by 3-maande-opvolg gedemonstreer, maar die effekte op *aandagsverdraaiing* kon net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die resultate bied dus nie steun vir Hipoteses 13 en 14 nie.

In teenstelling met wat verwag is, het die gekombineerde behandeling volgens die Herhaalde Metingsontwerp MANOVA nie tot 'n beduidend groter verbetering as die blootstellingsbehandeling in die metings van die produkte van strategiese (bewustelike) kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, aan die einde van behandeling of by 3-maande-opvolg aanleiding gegee nie. Die resultate van hierdie spesifieke statistiese prosedure bied dus nie steun vir Hipoteses 21 en 22 nie. Daar is wel twee ander bronne van inligting in die resultate wat Hipotese 21 gedeeltelik steun. Dit hou verband met die differensiële effekte van die twee behandelings op *gedagte-funksionaliteit*. Eerstens het 'n enkelrigting tussen-groep ANOVA 'n beduidende verskil tussen die gemiddeldes van die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het (Gem. = 0.48; SA = 0.26) en dié van die blootstellingsgroep (Gem. = 0.29; SA = 0.23) aangetoon (maar nie by 3-maande-opvolg nie). 'n Tweede aanduiding van 'n tendens vir die gekombineerde behandeling om dalk tog 'n betekenisvolle groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit* as die blootstellingsbehandeling te kon gehad het, hou verband met verskille tussen die twee intervensies wat hulle effekte in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie betref. Die gekombineerde behandeling het, in teenstelling met die blootstellingsbehandeling, 'n beduidend groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit* as die waglys-kontrolekondisie gedemonstreer. Daar is dus 'n duidelike tendens in die resultate te bespeur dat die gekombineerde behandeling tot betekenisvolle groter verbetering in *gedagte-funksionaliteit* aanleiding kon gegee het.

Soos verwag het die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling nie aan die einde van terapie of na 'n 3-maande-opvolgperiode beduidend verskil wat hulle effek op metings van *aandagsverdraaiing* betref nie. Die resultate bied dus steun vir Hipoteses 23 en 24.

Wat die effekte en differensiële effekte van die twee behandelingsprosedures op die kognitiewe veranderlikes betref, kan enkele gevolgtrekkings opsommend gemaak word. Dit is eerstens belangrik om te noem dat albei intervensies tot 'n beduidende verbetering van *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* gelei het, en dat hierdie effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. Nie een van die twee behandelings het tot 'n beduidende verlaging van *aandagsverdraaiing* na behandeling of by 3-maande-opvolg aanleiding gegee nie. ('n Analise van die resultate van die twee behandelingsgroepe gekombineer, het wel tot 'n beduidende verbetering van *aandagsverdraaiing* aanleiding gegee en die metings van hierdie veranderlike het verdere verlaging by 3-maande-opvolg getoon). In vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie was dit slegs die gekombineerde behandeling, en wat die kognitiewe veranderlikes betref, slegs ten opsigte van *gedagte-funksionaliteit*, dat beduidende

verbetering na behandeling en by 3-maande-opvolg gedemonstreer is. Volgens 'n Herhaalde Metingsontwerp MANOVA was daar nie beduidende verskille tussen die twee behandelingsprosedures wat effekte op die kognitiewe veranderlikes betref nie. Daar was egter wel ander aanduidings in die resultate dat die gekombineerde behandeling dalk 'n betekenisvolle groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit* as die blootstellingsbehandeling kon gehad het. Dit kan hoogstens as 'n tendens beskryf word, en behoort in toekomstige navorsing verder ondersoek te word

Daar is veral twee redes waarom besluit is om in die bespreking tot dusver nie die hipoteses en resultate te skei in terme van hulle verbandhoudendheid met hoofsaaklik strategiese (bewustelike) versus outomatiese (onbewustelike) kognitiewe prosesse, en dit onder verskillende opskrifte te bespreek nie. 'n Eerste rede hou verband met die feit dat die helfte van die hipoteses wat op die kognitiewe veranderlikes betrekking het nie pertinent 'n onderskeid tussen die twee genoemde kognitiewe prosesse maak nie. 'n Tweede rede is dat daar in die bespreking oor die standhoudendheid van enkele van die hipoteses soms van dieselfde statistiese verwerkings en resultate gebruik gemaak is. Ter wille van duidelikheid sal daar, wat 'n vergelyking van die resultate met die bevindings van ander studies en 'n kritiese bespreking van die resultate van die huidige ondersoek betref, wel vervolgens onderskei word tussen die kognitiewe veranderlikes wat betrekking het op hoofsaaklik strategiese kognitiewe prosesse (*gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*) en die veranderlike wat betrekking het op hoofsaaklik outomatiese kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*.

Die produkte van hoofsaaklik strategiese kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*: 'n vergelyking met die bevindings van ander studies

Heimberg (1994) kom na 'n oorsig van 24 uitkomsstudies oor die behandeling van sosiale fobie tot die gevolgtrekking dat verbetering op kognitiewe metings beduidend groter blyk te wees na behandeling met kognitief-gedragsterapie as na verskeie kontrolekondisies. Die kognitief-gedragsterapie in die Heimberg-oorsigstudie het intervensies soos die huidige gekombineerde behandeling en blootstelling alleen ingesluit. Die beduidend groter effek van die gekombineerde behandeling as dié van die waglys-kontrolekondisie op *gedagte-funksionaliteit* wat in die huidige studie gedemonstreer is, stem ooreen met die bevindings van Heimberg (1994), sowel as dié van Hope, Heimberg et al. (1995). Dit stem ook gedeeltelik ooreen met die resultate van 'n studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) waarin gevind is dat 'n groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, sowel as 'n aandag-kontrolegroep, by nameting verbeter het wat *gedagte-funksionaliteit* betref. By beide groepe het die persentasie positiewe gedagtes toegeneem en die aantal negatiewe gedagtes afgeneem. Dit is in ooreenstemming met die beduidende verbetering ten opsigte van *gedagte-funksionaliteit* wat in die huidige studie gevind is. Ander bevindings in die Heimberg, Dodge et al. (1990) studie verskil egter van die bevinding in die huidige ondersoek, naamlik die bevinding in die huidige ondersoek dat die groep wat blootstelling en kognitiewe herstrukturering gekombineerd ontvang het, beduidend groter verbetering van *gedagte-funksionaliteit* gedemonstreer het as 'n waglys-kontrolegroep. In teenstelling met hierdie bevinding, het die gekombineerde behandelingsgroep en kontrolegroep by nameting in die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) nie beduidend van mekaar verskil nie, maar wel by opvolgmeting. Hulle het tydens 'n 6-maande-opvolg-ondersoek gevind dat die persentasie negatiewe gedagtes by 'n groep wat die

gekombineerde behandeling ontvang het steeds beduidend verlaag was, maar nie by die aandag-kontrolegroep groep nie. Die groep wat in die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) die gekombineerde behandeling ontvang het, het by opvolg beduidend meer positiewe gedagtes en beduidend minder negatiewe gedagtes as die aandag-kontrolegroep gedemonstreer. Dit is in ooreenstemming met die bevinding in die huidige studie dat die gekombineerde behandeling tot beduidend groter verbetering in *gedagte-funksionaliteit* as die waglys-kontrolegroep by 3-maande-opvolg aanleiding gegee het. 'n Konstruksie verwant aan *gedagte-funksionaliteit* is irrasionele oortuigings, soos gemeet met die Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1969). Emmelkamp et al. (1985) het beduidende verlagings op IBT-tellings gevind vir deelnemers wat selfinstruksie-opleiding of rasioneel-emotiewe gedragsterapie ontvang het, maar nie by deelnemers wat *in vivo* blootstelling ontvang het nie. Dit is gedeeltelik in ooreenstemming met die resultate van die huidige ondersoek waarin gevind is dat albei behandelings tot beduidende verbetering in *gedagte-funksionaliteit* aanleiding gegee het.

Geen ander studie kon geïdentifiseer word waarmee die onbeduidende verskille wat in die huidige studie tussen die blootstellingsgroep en die waglys-kontrolegroep ten opsigte van verbetering van *gedagte-funksionaliteit* na behandeling gedemonstreer is, vergelyk kon word nie. Die beduidende verbeterende effek van die blootstellingsbehandeling in die huidige ondersoek op *gedagte-funksionaliteit* kontrasteer met die bevindings in ander studies (Emmelkamp et al., 1985; Hope, Heimberg et al., 1995). Die studie van Emmelkamp et al. is reeds in die vorige paragraaf bespreek. Hope, Heimberg et al. (1995) het gevind dat al drie die kognitiewe veranderlikes in hulle studie (insluitend die persentasie negatiewe gedagtes as maatstaf van *gedagte-disfunksionaliteit*) bygedra het tot die beduidende multiveranderlike eenvoudige effek vir die groep wat blootstelling (plus 'n aandagskontrole-komponent) ontvang het, maar die groep het nie 'n beduidende voor- tot nametingsverandering getoon wat die persentasie negatiewe gedagtes betref nie.

Die resultate van die huidige ondersoek dui daarop dat albei behandelingprosedures 'n beduidende verlagende effek op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE) gehad het en dat hierdie effekte vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou is. Dit stem ooreen met die bevindings in ander studies ten opsigte van die effek van die gekombineerde behandeling (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990; Hope, Heimberg et al., 1990; Mattick & Peters, 1988; Salaberría & Echeburúa, 1998), sowel as ten opsigte van die effek van die blootstellingsbehandeling (Beidel et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick & Peters, 1988; Salaberría & Echeburúa, 1998). Die verwagting dat die gekombineerde behandeling in die huidige studie tot 'n beduidend groter verlaging van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* as die waglys-kontrolekondisie sou lei, was onder andere gebaseer op die verwagting dat kognitiewe herstrukturering veral geskik behoort te wees om verandering by kognitiewe veranderlikes te bewerkstellig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). In minstens twee studies is prosedures wat kognitiewe herstrukturering ingesluit het meer effektief as 'n waglys-kontrolekondisie gevind om *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* te verminder (Butler et al., 1984; Kanter & Goldfried, 1979). Die onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie wat in die huidige studie ten opsigte van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* gedemonstreer is, stem ooreen met die bevinding van Hope, Heimberg et al. (1995), maar kontrasteer met 'n bevinding van Salaberría en Echeburúa (1998). Dit sluit ook aan by 'n studie van Heimberg (1994) waarin hy die klein behandelingseffekte op die FNE uitlig en beklemtoon in 'n

oorsig van 12 sosiale fobie uitkomsstudies waarin die FNE gebruik was. In teenstelling met die klein effekgroottes wat Heimberg (1994) in die oorsigstudie ten opsigte van die FNE gevind het, rapporteer Cox et al. (1998) in 'n vergelykende ondersoek van sogenaamde "ouer" en "nuwer" skale wat by sosiale fobie uitkomsnavorsing gebruik word dat die FNE in hul ondersoek, waarin 25 individue met sosiale fobie met die gekombineerde intervensie behandel is, die grootste behandelingseffekgrootte (.68) behaal het. Onbeduidende verskille in die huidige studie tussen die blootstellingsbehandeling en die waglys-kontrolekondisie ten opsigte van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, stem ooreen met die bevindings in sekere studies (bv. Beidel et al., 1993), maar kontrasteer met bevindings van ander (Hope, Heimberg et al., 1995; Salaberría & Echeburúa, 1998). Oor enkele van hierdie studies sal vervolgens uitgebrei word.

Salaberría en Echeburúa (1998) het 18 pasiënte met sosiale fobie met die gekombineerde intervensie sowel as blootstelling alleen behandel en hulle rapporteer beduidende verlaging na beide behandelings in FNE-tellings in die periodes voor- tot nameting en voormeting tot 6-maande-opvolg, terwyl 'n waglys-kontrolegroep se tellings nie beduidend verlaag het in die periode voormeting tot 6-maande-opvolg nie. By 6-maande-opvolg is gevind dat albei behandelingsgroepe se FNE-tellings beduidend laer was as dié van 'n waglys-kontrolegroep. Hulle het ook gevind dat albei behandelingsgroepe beduidend bly verbeter het in die periode nameting tot by 6-maande-opvolg ($p < .05$). In teenstelling met die blootstellingsgroep, het die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, in die periode 6-maande- tot 12-maande-opvolg beduidend verder verbeter ($p < .05$). Die blootstellingsgroep het in dié periode beduidend verswak ($p < .05$). Hope, Heimberg et al. (1995) het beduidende verbeterende effekte na blootstellingsbehandeling op metings van vrees om negatief geëvalueer te word (op beide die FNE en 'n geïndividualiseerde toets) by 'n groep met sosiale fobie gerapporteer. In die geïndividualiseerde toets was bekommeris om in bepaalde idiosinkratiese sosiale situasies dalk negatief deur ander beoordeel te word die afhanklike veranderlike. Die gekombineerde behandeling het, soos die blootstellingsbehandeling, 'n beduidende verbeterende effek na behandeling op hierdie geïndividualiseerde toets gedemonstreer, maar nie op die FNE-tellings nie. Die behandelingseffek van die gekombineerde behandeling op die geïndividualiseerde toets was redelik groot. Die waglys-kontrolegroep in hulle studie het egter ook beduidend verbeter wat hierdie veranderlike betref, maar die behandelingseffek was redelik klein. By 6-maande-opvolg het albei behandelings beduidende verbeterings ten opsigte van albei metings van 'n vrees vir negatiewe beoordeling (weerspieël deur die FNE-tellings en die metings van die geïndividualiseerde toets) gedemonstreer. Die waglys-kontrolegroep was nie by opvolg geëvalueer nie. 'n Verrassende bevinding in die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) was dus dat die blootstellingsbehandeling, in teenstelling met die gekombineerde behandeling, FNE-tellings beduidend vanaf voormeting tot by nameting kon verlaag. Heimberg et al. (1990) het, in teenstelling met 'n aandag-kontrolekondisie, 'n beduidende verlaging van FNE-tellings na 'n gekombineerde behandeling by 'n groep met sosiale fobie gerapporteer. Die behandelingseffekte is vir 'n 6-maande-opvolgperiode in stand gehou. Die FNE-tellings van die groep wat die aandag-kontrolekondisie ontvang het, het egter ook vanaf voormeting tot na 6-maande-opvolg beduidend verlaag. Beidel et al. (1993) het gevind dat 'n sosiale fobie groep wat met intense blootstelling alleen behandel is, nie beduidend meer verbeter het op die FNE as 'n groep wat 'n pilplasebo ontvang het nie. Die beduidende verlaging van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* na blootstellingsbehandeling in die huidige studie stem ooreen met 'n bevinding van Mattick en Peters (1988). In dieselfde studie het Mattick en Peters ook gevind dat *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* 'n belangrike voorspeller was van kliniese

verandering in fobiese ongemak en vermyding by sosiale fobie, en Hope, Heimberg et al. (1990) en Mattick et al. (1989) rapporteer dat dit met verbetering na die gekombineerde behandeling geassosieer was. Dit was nie 'n doelstelling van die huidige ondersoek om *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* as voorspeller van behandelingseffekte te ondersoek nie en daarom kan die resultate van die huidige studie ook nie vergelyk word met die genoemde studies waarin dit wel gedoen is nie. Die mate waarin verbetering in kognitiewe veranderlikes met terapie-uitkoms by sosiale fobie geassosieer word, behoort in toekomstige navorsing as 'n prioriteitsarea beskou te word.

Opsommend kan enkele opmerkings gemaak word oor die effekte van die behandelingsprosedures op die produkte van hoofsaaklik strategiese kognitiewe prosesse (*gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*) en hoe dit vergelyk met die bevindings in ander studies, waarna dit krities bespreek sal word. Die beduidende verbeterende effek van albei behandelingsprosedures op *gedagte-funksionaliteit* in die huidige studie na behandeling stem in die geval van die gekombineerde behandeling ooreen met die bevinding van ander studies, maar verskil in terme van die onbeduidende effekte van blootstelling alleen op hierdie veranderlike wat in ander studies gerapporteer is. Die beduidende verskille in die huidige ondersoek tussen die gekombineerde behandeling en 'n waglys-kontrolekondisie wat *gedagte-funksionaliteit* betref, stem ooreen met beduidend groter verbetering by nameting in een studie (Hope, Heimberg et al., 1995) en by opvolgmeting in 'n ander studie (Heimberg, Dodge et al., 1990). In teenstelling met die huidige ondersoek was die effek op *gedagte-funksionaliteit* van die gekombineerde behandeling in die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) na terapie nie beduidend groter as dié van 'n aandag-kontrolekondisie nie, maar soos in die geval van die huidige ondersoek, wel by opvolg. In teenstelling met die huidige ondersoek het blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering op *gedagte-funksionaliteit* in die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) gehad. Verder blyk dit uit die resultate van die huidige ondersoek, sowel as die bevindings van ander studies, dat albei behandelingsprosedures 'n beduidende verlagende effek op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE) gehad het en dat hierdie effekte vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou is. Die onbeduidende verskille tussen elkeen van die twee behandelingsprosedures en 'n waglys-kontrolekondisie ten opsigte van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* is in ooreenstemming met die bevindings van sommige studies en verskil van dié in ander studies. 'n Kritiese bespreking van die resultate van die behandelingseffekte op *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* word vervolgens gelewer.

Gedagte-funksionaliteit word gedemonstreer deur gedagtes wat potensieel bewustelik, sowel as spontaan, geproduseer word. As deelnemers tydens terapie kognitiewe herstrukturering ontvang, word hulle geleer om meer funksionele outomatiese gedagtes (selfspraak) te gebruik in fobiese situasies soos die teikenfobie-situasie wat gebruik was tydens die toepassing van die gedagtelys-tegniek. Dit is in 'n sekere opsig ironies dat hierdie gedagtes as *outomatiese* gedagtes bekend staan, omdat dit dalk juis hulle meer strategiese (i.e., bewustelike en dus minder outomatiese) aard is wat hulle meer beïnvloedbaar vir kognitiewe herstrukturering maak as byvoorbeeld *aandagsverdraaiing* (wat in 'n volgende afdeling bespreek sal word). Die gedagteprosesse betrokke by die meting van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* is waarskynlik ook meer strategies van aard as *aandagsverdraaiing*, maar die deelnemer se response word tydens die meting daarvan minder spontaan geproduseer as wat die geval

by die meting van *gedagte-funksionaliteit* is. Dit sou dalk 'n verklaring kon bied vir die beduidend groter effek van die gekombineerde behandeling as dié van die kontrolekondisie op *gedagte-funksionaliteit*, maar nie wat die ander twee kognitiewe veranderlikes betref nie, asook vir die onbeduidende verkillen tussen die blootstellingsbehandeling en die waglys-kontrolekondisie wat al die kognitiewe veranderlikes betref. Verder is dit ook moontlik dat die vrees om negatief deur ander beoordeel te word nie genoegsaam spesifiek aangespreek en kognitief betwis is nie. Alhoewel dit 'n sentrale veranderlike by sosiale fobie is, en dikwels tydens kognitiewe herstrukturering ter sprake gekom en betwis is, was daar nie kontrole oor (of 'n maatstaf van) die tyd daaraan gespandeer nie. Die resultate sou dalk heeltemal anders gelyk het as dit wel 'n meer prominente teikendoelwit was waar groter beheer oor die tyd spandeer aan die betwisting daarvan, in die terapeutiese proses ingebou was. 'n Ander faktor wat 'n rol kon speel dat albei die aktiewe behandelings se effekte op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* nie beduidend van dié van 'n waglys-kontrolekondisie verskil het nie, hou dalk verband met probleme met die klein behandelingseffekte van die FNE wat volgens Heimberg onder andere aan die waar-vals formaat van die skaal toegeskryf sou kon word. 'n Ander probleem is dat die FNE waarskynlik ook angstigheid naas kognisie meet, maar dit bied nie 'n verklaring vir die onbeduidende resultate wat in die huidige ondersoek gevind nie. Dit wil eerder voorkom asof daar individue is by wie *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* nie so 'n sentrale rol speel dat dit noodwendig beduidend meer as 'n waglys-kontrolekondisie moet verander ten einde verbetering in die angs- en vermyding-simptomatologie van sosiale fobie te bewerkstellig nie. Die feit is dat albei behandelings *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* beduidend verlaag het, en hierdie verandering sou steeds 'n mediërende rol kon gespeel het in die veranderinge wat by die ander veranderlikes plaasgevind het. Soos reeds vroeër genoem, was die doel (en ontwerp) van die huidige studie nie om die voorspellingswaarde van die kognitiewe veranderlikes te ondersoek en te vergelyk nie, en word daar aanbeveel dat dit aandag in toekomstige navorsing sal geniet.

Dit is opmerklik dat al drie kognitiewe veranderlikes (ook aandagsverdraaiing wat in 'n volgende afdeling bespreek sal word) in die voor- tot nameting periode by die waglys-kontrolekondisie verlaag het. Dit moet gesien word in die lig van die bevindings van 'n studie van Hope, Heimberg et al. (1995), asook teen die agtergrond van die feit dat die effek van die gekombineerde behandeling in die huidige ondersoek beoordeel is in terme van hoe dit vergelyk met veranderinge by die waglys-kontrolegroep. Hope, Heimberg et al. (1995) het in hulle studie ook gevind dat 'n waglys-kontrolegroep verbeter het wat betref bekommernis oor die negatiewe evaluasie deur ander in idiosinkratiese sosiale situasies wat gevrees word ('n veranderlike wat verband hou met *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, sowel as die teikenfobie-aspek van *gedagte-funksionaliteit*). Dit mag wees dat hierdie kognitiewe veranderlikes dalk as gevolg van een of ander rede geneig is om in die waglys-kontrolekondisie te verbeter. Hierdie verskynsel en hipotese behoort verder ondersoek te word. Dit behoort op hierdie stadium egter duidelik te wees dat, aangesien die huidige ondersoek se resultate gebaseer is op 'n empiriese vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, sulke veranderinge wel deeglik verdiskonteer word reeds tydens die statistiese verwerkings van die gegewens. Dit verhoed dat faktore wat nie direk met die terapie verband hou nie, maar wat dalk wel in al die groepe 'n bydrae tot verbetering gemaak het, aanleiding gee tot 'n oorskatting van die effekte wat aan die aktiewe komponente van die behandelings toegeskryf word. Vervolgens word die resultate van die huidige studie met dié van ander studies vergelyk ten opsigte van die effek van die

twee behandelings op *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, en daarna krities bespreek.

Die verskille tussen die twee behandelings wat effekte op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* betref, was onbeduidend. Alhoewel daar volgens die resultate van die Herhaalde Metingsontwerp MANOVA nie 'n beduidende verskil tussen die twee behandelings was wat hulle effekte op *gedagte-funksionaliteit* betref nie, is daar vroeër verwys na twee ander bronne van inligting in die huidige ondersoek wat wel dui op 'n tendens vir die gekombineerde behandeling om dalk 'n betekenisvolle groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit* as die blootstellingsbehandeling te kon gehad het. Die vraag is of die resultate van ander studies lig kan werp op hierdie kwessie. Verbetering op kognitiewe metings was soms groter na behandelings waarin kognitiewe herstrukturering betrek is as blootstelling-gebaseerde behandelings daarsonder (bv., Butler et al., 1984; Emmelkamp et al., 1985; Jerremalm et al., 1986; Kanter & Goldfried, 1979), maar 'n bevinding wat volgens Heimberg (1994) net so dikwels gemaak word, is dié van ekwivalente kognitiewe verandering in vergelykende studies van die twee benaderings (bv., Mattick & Peters; Mattick et al., 1989). Hope, Heimberg et al. (1995) het ook nie beduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en blootstellingsbehandeling gevind wat *gedagte-funksionaliteit* en twee verskillende metings van 'n *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* betref nie. Daar is vroeër verwys na 'n studie deur Emmelkamp et al., (1985) waarin beduidende verlagings in metings van *irrasionele oortuigings* gevind is by deelnemers wat selfinstruksie-opleiding of rasioneel-emotiewe gedragsterapie ontvang het, maar nie by deelnemers wat *in vivo* blootstelling ontvang het nie. Dit is dus duidelik dat die vraag oor watter een van die twee intervensies die beste prosedure is om *gedagte-funksionaliteit* mee te verbeter, nog nie duidelik beantwoord is nie. Voordat hierdie onderwerp verder bespreek word, sal die bevindings van ander ondersoeke wat die effekte van behandeling op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* betref, eers aandag geniet.

Die onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling wat betref *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE), stem ooreen met die bevindings in 'n studie van Salaberría en Echeburúa (1998) waarin hulle geen verskille op die FNE tussen sosialefobie-pasiënte wat met die gekombineerde behandeling ($n = 18$) en die blootstelling ($n = 28$) behandel is, gevind het nie, en ook nie tydens 1-maand-, 3-maande-, 6-maande- en 12-maande-opvolg nie. Dit blyk 'n algemene bevinding te wees, want Heimberg (1994) rapporteer na 'n oorsig van 24 uitkomsstudies oor sosiale fobie dat die FNE in 12 gebruik was, maar dat daar in die meeste van hierdie studies, soos in die huidige studie, nie 'n differensiële effek op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* gedemonstreer is nie.

Die verwagting in die huidige ondersoek dat die gekombineerde behandeling tot 'n groter verlaging van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* sou lei, was eerstens gebaseer op rasionele gronde. Dit is net logies om te verwag dat kognitiewe herstrukturering veral geskik behoort te wees om hierdie kognitiewe "trek" (Heimberg, 1994, p. 270) te verander. Dit is ook die uitgangspunt van ander navorsers (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982) en word gesteun deur die bevindings van drie ander studies (Butler et al., 1984; Cox et al., 1998; Kanter & Goldfried, 1979). Butler et al. (1984) het gerapporteer dat 'n kombinasie van *in vivo* blootstelling plus angshanteringsopleiding (wat opleiding in rasionele selfspraak ingesluit het) tot 'n groter afname in *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* gelei het as blootstelling alleen (waar angshanteringsopleiding

vervang is met 'n plasebo behandeling) of 'n waglys-kontrolekondisie, en dat dit volgehou is tot by 6-maande-opvolg. Kanter en Goldfried (1979) het gevind dat behandeling wat sistematiese rasionele herstrukturering ingesluit het, meer effektief was om FNE tellings te verlaag as 'n waglys-kontrolegroep, maar dat dit nie die geval was by 'n selfkontrole-desensitisasie behandeling nie. In 'n paar uitkomsstudies is daar gevind dat FNE-tellings nie verskillend deur die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling geaffekteer is nie. Mattick en Peters (1988) en Mattick et al. (1989) het gevind dat albei hierdie benaderings gelei het tot binne-groep veranderinge, maar dat daar nie verskille tussen die handelings direk na behandeling en by 3-maande-opvolg was nie. Hope, Heimberg et al. (1995) het gevind dat alhoewel beide die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling beter as 'n waglys-kontrolegroep gevaar het wat effek op kognitiewe metings betref (beide handelings ten opsigte van die persentasie negatiewe gedagtes en 'n vrees vir negatiewe beoordeling in 'n idiosinkratiese situasie, en blootstelling alleen ten opsigte van FNE-tellings), die resultate van die twee aktiewe handelings nie beduidend van mekaar verskil het nie. Heimberg (1994) bied 'n verklaring vir die klein veranderinge ná behandeling op die FNE en die skaal se onvermoë om tussen verskillende handelings te differensieer (dit is nou mits daar in die eerste instansie wel verskille was). Sy eerste argument is dat die waar-vals formaat van die antwoordstelsel dalk die skaal se vermoë om veranderinge te identifiseer, verminder. Tweedens, noem hy dat die FNE dalk nie 'n suiwer genoeg meting van kennis is nie aangesien dit 'n meting van sowel kennis as angs kan wees (bv. gereflekteer deur die item "I become tense and jittery if I know someone is sizing me up"). Hierdie vermenging mag verantwoordelik wees vir die gebrekkige differensiële effekte, aangesien alle handelings probeer om angs te verminder, terwyl net sommige van kennis 'n spesifieke teken maak. Ten spyte hiervan is die FNE die meetmiddel wat die meeste volgens die oorsig van Heimberg gebruik is om 'n kognitiewe konstruk in sosiale fobie uitkomsnavorsing te meet. Dit is naamlik in die helfte van die 24 studies wat hy in sy oorsig betrek het, gebruik. Die bevinding van Heimberg betreffende die klein behandelingseffekte van die FNE kontrasteer ook skerp met 'n bevinding van Cox et al. (1998). Hulle rapporteer na 'n vergelykende ondersoek van sogenaamde "ouer" en "nuwer" skale wat by sosiale fobie uitkomsnavorsing gebruik word dat die FNE in hulle ondersoek, waarin 25 individue met sosiale fobie met die gekombineerde behandeling behandel is, die grootste behandelingseffekgrootte (.68) van al die skale gedemonstreer het. Ten spyte van die feit dat daar in die huidige ondersoek nie 'n beduidende verskil tussen die handelings en die waglys-kontrolekondisie was wat *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* betref nie, het albei handelings wel beduidend beter as die waglys-kontrolekondisie gevaar in die verlaging van die teikenfobie-veranderlikes en sommige van die sosialefobie-veranderlikes. Dit kontrasteer dus met 'n bevinding van Mattick en Peters (1988) dat *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* 'n belangrike voorspeller van kliniese verandering in fobiese erns en vermyding by sosiale fobie was, asook met bevindings deur Hope, Heimberg et al. (1990) en Mattick et al. (1989) dat dit met verbetering na die gekombineerde behandeling geassosieer was. Aan die ander kant moet in gedagte gehou word dat alhoewel die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling nie beduidend op die FNE by nameting of by 3-maande-opvolg verskil het nie, die handelings nog steeds 'n beduidende verlagende effek op die FNE gehad het en dat hierdie verandering nog steeds 'n mediërende rol in die terapieproses kon gespeel het.

Die feit dat *gedagte-funksionaliteit* afgelei is van gedagtes wat meer spontaan geproduseer was as die ja-nee response wat gebruik is om *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* te beoordeel, is vroeër in die bespreking

genoem as moontlike verklaring vir die feit dat *gedagte-funksionaliteit*, in teenstelling met *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, beduidend meer deur die gekombineerde behandeling as in 'n waglys-kontrolekondisie verlaag is. Dit sou ook as verklaring kon dien vir die tentatiewe aanduidings dat die gekombineerde behandeling *gedagte-funksionaliteit*, in teenstelling met *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*, dalk beduidend meer as die blootstellingsbehandeling kon verbeter het. Alhoewel die veranderlikes *gedagte-funksionaliteit* en *irrasionele oortuigings* as nou verwant aan mekaar beskou kan word, stem *irrasionele oortuigings* in 'n belangrike opsig dalk in 'n groter mate met *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* ooreen. Albei veranderlikes word tydens meting minder spontaan geproduseer as *gedagte-funksionaliteit* en dit is moontlik dat kognitiewe herstrukturering veral 'n effek het op gedagtes wat tydens die meting daarvan meer spontaan geproduseer word. In die studie van Emmelkamp et al. (1985) het die kognitiewe intervensies, in teenstelling met *in vivo* blootstelling, 'n beduidende verlagende effek op *irrasionele oortuigings* gehad soos gemeet deur die Irrational Beliefs Test (IBT; Jones, 1969). Dit is natuurlik 'n bevinding wat nie juis lig werp op die hipotese dat kognitiewe herstrukturering dalk veral op spontaan geproduseerde gedagtes 'n groot verbeterende effek het nie, aangesien die *irrasionele oortuigings* soos gemeet met die IBT nie so spontaan soos die gedagtes wat *gedagte-funksionaliteit* weerspieël, geproduseer word nie. Die bevinding van Emmelkamp et al. (1985) mag dalk wel aanduidend wees van 'n verskynsel dat deelnemers as 't ware "opleiding" ontvang om meer positief op vraelyste soos die IBT te reageer. Dit is dan natuurlik net logies om te verwag dat "opleiding" wat daarop toegespits is om vraelyste oor bekommernis oor negatiewe evaluasie meer positief te beantwoord ook 'n effek op FNE-tellings sou kon hê. In die gekombineerde behandeling van die huidige studie is waarskynlik relatief min tyd gespandeer aan die herstrukturering van hierdie kognitiewe veranderlike, maar dit is nie gemonitor nie.

Toe die neiging tot 'n groter verlaging van *teikenfobie-angs* (gemeet met die SUDS na 'n verbeeldingsvoorstelling) deur die gekombineerde behandeling as deur die blootstellingsbehandeling in Afdeling 7.2 bespreek was, is genoem dat die gebruik van kognitiewe herstrukturering as 'n hanteringsvaardigheid dalk tyd nodig (die sogenaamde "inkubasie-periode"). Dit sou dalk ook die rede kon wees vir die tentatiewe aanduidings van die beter resultate van die gekombineerde behandeling as die blootstellingsbehandeling wat *gedagte-funksionaliteit* betref, maar nie wat *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gebaseer op ja-nee antwoorde) betref nie. Die rol van spontane verbetering wat kognitiewe veranderlikes betref, gedemonstreer in die waglys-kontrolegroep, is reeds in 'n vorige afdeling bespreek. Die faktore daarvoor verantwoordelik is nie bekend nie. Die moontlikheid bestaan natuurlik dat die kognitiewe veranderlikes ook van mekaar verskil ten opsigte van hierdie faktore, maar die ontwerp van die huidige studie laat nie meer lig op hierdie kwessie toe nie. Dit behoort in toekomstige navorsing ondersoek te word.

Indien daar in toekomstige studies sterker steun gevind sou word vir die hipotese dat die gekombineerde behandeling 'n groter effek op strategiese kognitiewe prosesse as die blootstellingsbehandeling sal hê, en veral dié wat spontaan geproduseer word, sal dit belangrike teoretiese en praktiese implikasies vir die kognitiewe sielkunde en terapie inhou. Dit sal onder andere beteken dat kognitiewe herstrukturering, minstens wat bewustelike, spontane gedagtes betref, 'n bykomende positiewe effek tot blootstelling kan hê, en beskou in die lig van die ontwerp van die huidige studie, selfs al sou dit ten koste van 'n sekere proporsie beskikbare blootstellingtyd geskied. 'n Volgende stap sal dan wees om die kliniese

betekenisvolheid van sulke veranderinge te probeer bepaal. In die bespreking van die effekte van die aktiewe behandelings in vorige afdelings, het dit geblyk dat die gekombineerde behandeling op meer veranderlikes beduidende groter verbeterings in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie as die blootstellingsbehandeling getoon het, insluitende *gedagte-funksionaliteit*. In die huidige ondersoek was daar dus hierdie geringe aanduidings dat verbetering in *gedagte-funksionaliteit* dalk met veranderinge op 'n breër basis in die simptomatologie van sosiale fobie geassosieer kan word. Dit is in ooreenstemming met die standpunte van Butler (1989) en Emmelkamp (1982) dat kognitiewe intervensies 'n sentrale rol speel in die wysiging van disfunksionele kognisies by sosiale fobie omdat dit volgens hulle veral geskik is om kognitiewe mediërende veranderlikes te wysig.

Om saam te vat: kan genoem word dat albei behandelings die veranderlikes *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* beduidend by nameting laat verbeter het en dat die effekte vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou is. Dit is grootliks in ooreenstemming met die bevindings van ander studies. Wat differensiële effekte by die twee behandelings betref, is daar slegs ten opsigte van *gedagte-funksionaliteit* 'n tendens gevind vir die gekombineerde behandeling om dalk tot 'n beduidend groter verbeterende effek as die blootstellingsbehandeling te kon gelei het. In ander studies is soms gevind dat die gekombineerde behandeling 'n groter verbeterende effek op kognitiewe veranderlikes gehad het as die blootstellingsbehandeling, en in sommige studies weer is ekwivalente resultate vir die twee behandelingsprosedures gerapporteer. Daar is dus nie oortuigende getuienis vir die superioriteit van een behandeling bo 'n ander wat hierdie kognitiewe veranderlikes betref nie.

Die produkte van hoofsaaklik outomatiese kognitiewe prosesse, naamlik *aandagsverdraaiing*: 'n vergelyking met die bevindings van ander studies

Die resultate wat die effekte van beide terapieë op *aandagsverdraaiing* weerspieël, kon nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die resultate van die twee behandelingsgroepe in een groter groep gekombineer, het wel beduidende verbetering by nameting getoon. Daar was dus 'n tendens vir die behandelings om *aandagsverdraaiing* van voor- tot nameting beduidend te laat verbeter. Nie een van die behandelings se verbeterende effekte was egter beduidend groter as dié van 'n waglys-kontrolekondisie nie. Die twee behandelings het ook nie beduidend van mekaar verskil wat hulle effek op *aandagsverdraaiing* betref nie.

Die tendens dat albei behandelings *aandagsverdraaiing* dalk beduidend van voor- tot nameting kon verlaag het en die onbeduidende verskille met 'n waglys-kontrolekondisie wat effekte op hierdie veranderlike betref, kan slegs met die bevindings van Mattia et al. (1993) vergelyk word. Hulle het gevind dat 'n groep deelnemers met sosiale fobie wat effektief met fenelsien (Nardil) óf kognitiewe terapie behandel is, wel verminderde inmenging (en dus *aandagsverdraaiing*) op 'n emosionele-Strooptaak gedemonstreer het, in teenstelling met 'n groep nie-reageerders. Die doel (en dus ontwerp) van die huidige studie was nie om sogenaamde "reageerders" met "nie-reageerders" te vergelyk nie en dit is dus nie moontlik om 'n direkte vergelyking met die resultate van die studie van Mattia et al. te tref nie. Die tendens tot 'n beduidende verlagende effek van albei behandelings, en die beduidende verlagende effek van die kombinasie van die twee behandelings (dus die resultate van die gekombineerde behandeling

plus dié van die blootstellingsbehandeling) op *aandagsverdraaiing* wat by nameting in die huidige ondersoek gevind is, sluit wel aan by die bevinding van Mattia et al.

Wat *aandagsverdraaiing* betref, moet in gedagte gehou word dat die emosionele-Strooptaak nog nie bewys is as 'n geldige en betroubare meetmiddel van 'n afhanklike veranderlike in uitkomstnavorsing nie. 'n Belangrike rede vir die insluiting van die taak was juis om te bepaal of effektiewe terapie deur die emosionele-Stroopresultate gereflekteer sou word. 'n Deel van die resultate van die huidige ondersoek dui daarop dat dit wel die geval was, maar ook dat die effek van die behandelings apart van mekaar (i.e., die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling afsonderlik beoordeel) nie groot genoeg was om tot statisties-beduidende verlaging (saam, of in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie) aanleiding te gee nie. Daar is reeds verwys na die tendens dat albei behandelings *aandagsverdraaiing* beduidend van voor- tot nameting kon verminder het. 'n Vraag wat gevra kan word, is waarom hierdie verlaging nie groot genoeg was om statistiese beduidendheid te bereik nie. Dit sou met die betroubaarheid van die emosionele-Strooptaak verband kon hou, waarvoor vervolgens gespekuleer sal word. Die voordele van die gebruik van 'n klomp stimuli (woorde) agtermekaar, soos gebruik in die "kaarte-formaat" in die huidige ondersoek, is reeds in Hoofstuk 5 genoem. In vergelyking met 'n gerekenariseerde weergawe van die emosionele-Strooptaak, waar die latensietyd op elke individuele woord geregistreer word en stimulus- en kontrolewoorde afwisselend aangebied word, mag die benadering van die huidige ondersoek dalk egter ook blyk ernstige nadele te hê. Ter illustrasie van so 'n probleem, kan genoem word dat een van die deelnemers opsigtelik angstig geraak het tydens die toepassing van die stimuluskaart, maar dat sy haar toenemende angstigheid tog nog redelik tydens die aanbieding van die kaart onder beheer kon hou. Toe die kontrolekaart aan haar gegee is, en die stophorlosie reeds aan die gang gesit was, het haar angs egter eers 'n piek bereik en het sy paniekerig geraak (amper as 'n vertraagde tipe angsrespons), maar die tyd wat dit haar geneem het om weer in beheer te kom, is egter teen dié van die kontrolekaart aangeteken. Dit het in haar geval selfs tot 'n negatiewe verskiltelling gelei. Daar kon baie ander sulke gevalle gewees het, maar dan net meer subtiel en dus minder opmerklik, waar die effek van die woorde van die stimuluskaart (in die vorm van 'n soort vertraagde reaksie) in werklikheid, en verkeerdlik, bygedra het tot verlenging van die voltooiingstyd van die kontrolekaart. In watter mate dit wel gebeur het, kon nie in die huidige ondersoek bepaal word nie en behoort verder ondersoek te word. Die twee behandelingsgroepe en die waglys-kontlegroep sou ook toevallig in hierdie verband verskillend geaffekteer kon gewees het.

Wat die emosionele-Stroopresultate betref, is dit ook belangrik om in gedagte te hou dat die effektiwiteit van die behandelings in die huidige ondersoek hoofsaaklik beoordeel is op grond van die mate waarin die resultate van 'n bepaalde behandeling beduidend van dié van die waglys-kontlegroep verskil het of nie. Die doel en ontwerp van die huidige studie was nie om klinies-betekenisvolle verandering te ondersoek nie en daarom is daar ook nie twee groepe, naamlik sogenaamde "reageerders" en "nie-reageerders", geïdentifiseer nie. Dit is daarom ook nie moontlik om te bepaal of twee sulke groepe binne 'n bepaalde groter behandelingsgroep (die gekombineerde behandeling of blootstellingsbehandeling) beduidend van mekaar verskil het wat die emosionele-Stroopresultate betref nie. Dit is aan te beveel dat die ontwerp van studies in die toekoms wel aangepas word om so 'n vergelyking moontlik te maak.

'n Belangrike bevinding wat die emosionele-Stroopresultate en *aandagsverdraaiing* betref, is die feit dat daar wel beduidende verlagings na behandeling gedemonstreer is vir die groter gekombineerde groep van die twee aktiewe behandelings (die gekombineerde behandelingsgroep plus die blootstellingsgroep). Dit dui op die effektiwiteit van die algemene kognitief-gedragsterapeutiese benadering om *aandagsverdraaiing* (gereflekteer deur die emosionele-Stroopresultate) beduidend te verlaag. Dit is nog nooit vantevore deur ondersoeke by sosiale fobie gedemonstreer nie.

Soos verwag, het die twee behandelings nie beduidend verskil wat betref hulle effek op *aandagsverdraaiing* (weerspieël deur die emosionele-Stroopresultate) nie. Soos vroeër verduidelik, moet in gedagte gehou word dat daar faktore mag wees wat die geldigheid en betroubaarheid van die taak in die formaat van die huidige ondersoek waarskynlik nadelig kon beïnvloed het. Dit is reeds vroeër in hierdie afdeling verduidelik en bespreek. Gesien in die lig van daardie argumente, behoort die resultate van die huidige ondersoek nie as afdoende getuieis vir 'n standpunt oor die differensiële effektiwiteit van die twee behandelings ten opsigte van *aandagsverdraaiing* beskou te word nie. As die akkuraatheid van die metings bevraagteken word, behoort die genoemde probleme eers aangespreek te word voordat die emosionele-Strooptaak weer as meetmiddel van *aandagsverdraaiing* as 'n afhanklike veranderlike in toekomstige ondersoeke oorweeg word.

7.5 GRAAD VAN DEPRESSIE

Die volgende hipoteses is ten opsigte van die graad van depressie (voortaan slegs na verwys as *depressie*) gestel:

Hipotese 7: In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 8: Die beduidend groter effekte van 'n gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

Hipotese 15: In vergelyking met 'n waglyskontrol-kondisie sal blootstelling alleen 'n beduidend groter verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling tot gevolg hê.

Hipotese 16: Die beduidend groter effekte van blootstelling alleen op die afhanklike veranderlike *depressie* sal oor 'n opvolgperiode van 3 maande gehandhaaf word.

Hipotese 25: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van behandeling nie.

Hipotese 26: 'n Gekombineerde kognitiewe herstrukturering plus blootstellingsbehandeling en blootstelling alleen sal nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van die afhanklike veranderlike *depressie* aan die einde van 'n 3-maande-opvolgperiode nie.

Uit die resultate het geblyk dat die gekombineerde behandeling aan die einde van terapie 'n beduidend groter verlagende effek in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie op *depressie* (gemeet met die BDI) getoon het. Die beduidend groter effek is volgehou tot by 3-maande-opvolg. Hierdie resultate bied steun vir Hipoteses 7 en 8.

In teenstelling met wat verwag is, het die blootstellingsbehandeling nie 'n beduidend groter verbeterende effek as die waglys-kontrolekondisie op *depressie* na behandeling of by 3-maande-opvolg gehad nie. Die verskil in effekte kon by nameting sowel as opvolg net nie daarin slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die resultate bied dus nie steun vir Hipoteses 15 en 16 nie.

Soos verwag het die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling nie beduidend van mekaar verskil wat betref verbetering op die meting van *depressie* aan die einde van behandeling of na 'n 3-maande-opvolgperiode nie. Die resultate bied dus steun vir Hipoteses 25 en 26.

Wat die effekte en differensiële effekte van die twee behandelingsprosedures op *depressie* betref, kan enkele gevolgtrekkings opsommend gemaak word. Dit is eerstens belangrik om te noem dat albei intervensies tot 'n beduidende verbetering van *depressie* gelei het, en dat hierdie verbeterings vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou is. In teenstelling met die blootstellingsbehandeling, het die gekombineerde behandeling 'n beduidend groter verlagende effek as die waglys-kontrolekondisie op *depressie* na behandeling en by 3-maande-opvolg gehad. Die twee behandelings het nie beduidend verskil wat hulle effekte op *depressie* na behandeling en by 3-maande-opvolg betref nie.

Soos in die huidige ondersoek, is daar ook in ander studies beduidende verlaging op die meting van *depressie* (gemeet met die BDI) na die gekombineerde behandeling (Cox et al., 1998; Heimberg, Dodge et al., 1990; Salaberría & Echeburúa, 1998) en die blootstellingsbehandeling (Salaberría & Echeburúa, 1998) gerapporteer. Cox et al. (1998) het 'n middelmatige, beduidende ($p = .011$) behandelingseffekgrootte van .30 op die BDI na die gekombineerde behandeling by 'n groep deelnemers met sosiale fobie ($n = 25$) gevind. Die beduidende verskille in die huidige ondersoek tussen die resultate van die gekombineerde behandeling en die waglys-kontrolekondisie na behandeling en by 3-maande-opvolg op *depressie*, verskil gedeeltelik van dié van deur Heimberg, Dodge et al. (1990), maar stem ooreen met die bevindings van Salaberría en Echeburúa (1998). Heimberg, Dodge et al. (1990) het gevind dat die groep wat 'n gekombineerde behandeling ontvang het, sowel as 'n aandag-kontrolegroep beduidende verlaging van BDI-tellings gedemonstreer het en dat hierdie verbetering vir beide groepe tot by 6-maande-opvolg in stand gehou is. Salaberría en Echeburúa (1998) het 36 pasiënte met sosiale fobie met die gekombineerde behandeling ($n = 18$) en blootstelling alleen ($n = 18$) behandel en rapporteer, in teenstelling met 'n waglys-kontrolekondisie, beduidende verlaging vir albei behandelings in BDI-tellings in die periodes voor- tot nameting ($p < .01$ en $p < .05$ onderskeidelik) en vanaf voormeting tot 6-maande-opvolg ($p < .001$ vir albei behandelings), terwyl 'n waglys-kontrolegroep se BDI-tellings nie beduidend verlaag het in die periode vanaf voormeting tot by 6-maande-opvolg nie. Hulle rapporteer dat albei behandelingsgroepe se BDI-tellings na behandeling en by 6-maande-opvolg beduidend laer was as dié van 'n waglys-kontrolegroep. Hulle het ook gevind dat albei behandelingsgroepe beduidend bly verbeter het in die periode vanaf nameting tot by 6-maande-opvolg ($p < .05$). Hulle rapporteer ook dat die

gekombineerde behandelingsgroep nie verder in die periode vanaf 6-maande- tot by 12-maande-opvolg verbeter het nie, maar die blootstellingsgroep wel ($p < .05$). Die bevindings van Salaberria en Echeburua (1998) stem dus ooreen met die resultate van die huidige studie in terme van die effekte van die gekombineerde behandeling en verskil van dié van die huidige studie wat die effekte van die blootstellingsbehandeling betref. Daar is egter vroeër genoem dat die resultate van die blootstellingsbehandeling, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, in die huidige studie net nie daarin kon slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Die onbeduidende verskille wat in die huidige studie tussen die effekte van die twee behandelings op *depressie* na behandeling en by 3-maande-opvolg gevind is, stem ooreen met die resultate van Salaberria en Echeburua (1998). Hulle het ook nie beduidende BDI-verskille tussen die twee behandelings by nameting, sowel as by 1-, 3-, 6-, en 12-maande opvolg gevind nie.

Die beduidende verbetering in die graad van depressie na beide behandelings, en in die geval van die gekombineerde behandeling beduidend meer as die verbetering by 'n waglys-kontrolekondisie, kan waarskynlik toegeskryf word aan die nie-spesifieke (sekondêre) effekte van terapie, aangesien depressie nie die direkte fokus van die behandelings was nie. Die verbetering ten opsigte van die simptomatologie van sosiale fobie het waarskynlik bygedra tot verbetering in die graad van depressie. Dit is natuurlik ook moontlik dat die deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het, dalk hulle nuutaangeleerde kognitiewe herstruktureringsvaardighede effens aangepas en gebruik het om depressie-skeppende gedagtes mee te betwis. Die onbeduidende verskille tussen die twee behandelingsgroepe ten opsigte van *depressie* dui egter daarop dat hierdie veralgemening van kognitiewe vaardighede waarskynlik nie in 'n beduidende groot mate, indien enigsins, voorgekom het nie.

In die voorafgaande afdelings is die effekte en differensiële effekte van die twee behandelingsprosedures en van 'n waglys-kontrolekondisie ten opsigte van vier groepe veranderlikes bespreek. Die belangrikste bevindings wat die effekte van elke behandeling afsonderlik betref, asook hoe hulle effekte met mekaar vergelyk, sal vervolgens in verkillende afdelings saamgevat en bespreek word.

7.6 DIE EFFEK VAN DIE GEKOMBINEERDE BEHANDELING: 'N SAMEVATTING

Die gekombineerde behandeling het 'n beduidende verlagende effek op al die afhanklike veranderlikes by nameting en by 3-maande-opvolg gehad, met uitsondering van *aandagsverdraaiing* waarvan die metings net nie daarin kon slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. *Aandagsverdraaiing* is wel beduidend verlaag in 'n groter groep ($n = 30$) bestaande uit die deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het en die deelnemers wat die blootstellingsbehandeling ontvang. Deelnemers in die gekombineerde behandelingsgroep het, soos verwag, beduidend meer verbetering as deelnemers in die waglys-kontrolegroep na behandeling getoon op (a) al die teikenfobie-veranderlikes, naamlik *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping* (weerspieël deur die TEIK-I), *teikenfobie-vermyding* (gemeet met die FQ-TP) en *teikenfobie-angs* (gemeet met die SUDS), (b) vier van die ses veranderlikes wat verband hou met die graad, aard, aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, naamlik *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ-SP), *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS), *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAI-TS), en *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ-DS), maar nie

ten opsigte van *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS) en *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) nie, (c) een van die drie kognitiewe veranderlikes, naamlik *gedagte-funksionaliteit* (weerspieël deur die GLT-SOM), maar nie wat betref *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE) en *aandagsverdraaiing* (weerspieël deur die STROOP) nie, en (d) *depressie* (gemeet met die BDI). Die verskille met die waglys-kontrolegroep is met uitsondering van een veranderlike, naamlik *gedagte-funksionaliteit*, volgehou tot by 3-maande-opvolg.

Dit is dus duidelik dat die gekombineerde behandeling in staat was om beduidende verbetering op 'n breë basis te bewerkstellig by 'n groep individue met 'n diagnose van sosiale fobie en dat hierdie verbeterings grotendeels volgehou is tot by die opvolgmeting.

Die bevinding in die huidige studie dat die gekombineerde behandeling meer effektief was as 'n waglys-kontrolekondisie in die behandeling van sosiale fobie, sluit aan by die bevindings van ander studies (Butler et al., 1984; Heimberg, Dodge et al., 1990; Heimberg et al., 1993; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993a). In die studie van Heimberg, Dodge et al. (1990) het 75% van die deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het en 40% van die aandag-kontrolegroep volgens klinikus-beoordelings betekenisvolle verbetering getoon, en 81% van die deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het en 47% van die aandag-kontrolegroep het subkliniese vlakke van sosiale angs tydens 'n 6-maande-opvolgondersoek getoon. In 'n 5-jaar-opvolgstudie (Heimberg, Salzman., 1993) was deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het meer geneig om die terapeutiese winste te behou en het hulle ook in dié tydperk groter verdere verbetering getoon as die deelnemers in 'n aandag-kontrolegroep.

Die bevinding in die huidige studie dat die gekombineerde behandeling, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, 'n beduidende verbeterende effek op die simptomatologie van sosiale fobie sowel as *gedagte-funksionaliteit* gehad het, is soos vroeër genoem in ooreenstemming met die teorie dat kognitiewe verbetering essensieel is vir die effektiewe behandeling van sosiale fobie (Beck et al., 1985; Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990), en ook met die standpunt dat kognitiewe herstrukturering essensieel is om dit te bewerkstellig (Butler, 1989; Emmelkamp, 1982). Die huidige resultate bied egter nie afdoende bewys vir hierdie teoretiese standpunte nie.

7.7 DIE EFFEK VAN DIE BLOOTSTELLINGSBEHANDELING: 'N SAMEVATTING

Die blootstellingsbehandeling het, soos die gekombineerde behandeling, 'n beduidende verlagende effek op al die afhanklike veranderlikes by nameting en by 3-maande-opvolg gehad, met uitsondering van *aandagsverdraaiing* waarvan die metings, soos in die geval van die gekombineerde behandeling, net nie daarin kon slaag om statistiese beduidendheid te bereik nie. Deelnemers in die blootstellingsgroep het, soos verwag, beduidend meer verbetering as deelnemers in die waglys-kontrolegroep na behandeling getoon op (a) al die teikenfobie-veranderlikes, naamlik *teikenfobie-angs/vermyding/ontsnapping* (weerspieël deur die TEIK-I), *teikenfobie-vermyding* (gemeet met die FQ-TP) en *teikenfobie-angs* (gemeet met die SUDS), en (b) twee van die ses veranderlikes wat verband hou met die graad, aard,

aspekte en/of gevolge van sosiale fobie, naamlik *sosialefobie-vermyding* (gemeet met die FQ–SP) en *sosialefobie-ongemak/belemmering* (gemeet met die FQ–DS), maar nie op *sosialefobie-observasie-angs* (gemeet met die SPS), *sosialefobie-interaksie-angs* (gemeet met die SIAS), *sosialefobie-algemenesimptomatologie* (gemeet met die SPAI-TS) en *sosialefobie-vermyding/ongemak* (gemeet met die SAD) nie. Die verskille tussen die blootstellingsgroep en die waglys-kontrolegroep was ook onbeduidend op metings van (a) elkeen van die kognitiewe veranderlikes, naamlik *gedagte-funksionaliteit* (weerspieël deur die GLT-SOM), *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* (gemeet met die FNE), en *aandagsverdraaiing* (weerspieël deur die emosionele-Stroopresultate), sowel as op (b) graad van *depressie* (gemeet met die BDI). Die beduidende verskille met die waglys-kontrolegroep is met uitsondering van twee veranderlikes, naamlik *teikenfobie-angs* en *sosialefobie-ongemak/belemmering*, volgehou tot by 3-maande-opvolg. Wat laasgenoemde twee veranderlikes betref, kon die metings daarvan net nie daarin slaag om by opvolg statistiese beduidendheid te bereik nie.

Dit is dus duidelik dat die blootstellingsbehandeling by 'n groep individue met 'n diagnose van sosiale fobie in staat was om (a) 12 van 13 veranderlikes vanaf die voor- tot die nameting en vanaf die voor- tot die opvolgmeting beduidend te laat verbeter (*aandagsverdraaiing* is nie beduidend verlaag nie), (b) in kombinasie met die gekombineerde behandeling ook *aandagsverdraaiing* beduidend te verbeter, (c) 'n beduidend groter verbetering as 'n waglys-kontrolekondisie op minstens vyf van die afhanklike veranderlikes te bewerkstellig, en (d) die beduidend groter verbeterings beskryf onder die vorige punt, met uitsondering van *teikenfobie-angs* en *sosialefobie-ongemak/belemmering*, tot by die opvolgmeting in stand te hou.

Die resultate van die blootstellingsintervensie is nie 'n toets vir enige van die teorieë oor die meganisme (of meganismes) van angsreduksie (soos bv. uitdowing, habituasie, kognitiewe verandering en emosionele prosessering) nie. Dit word aanbeveel dat toekomstige navorsing so beplan word dat dit wel aspekte van een of meer van hierdie teorieë toets. Aanbevelings in hierdie verband word in die laaste afdeling gemaak.

Die beduidende groter verlaging van al die teikenfobie-veranderlikes by die blootstellingsgroep in vergelyking met die waglys-kontrolegroep, bied steun/stem ooreen met (a) die standpunt dat herhalende, langdurige blootstelling meer effektief behoort te wees as kort, sporadiese blootstelling (Marks, 1987), (b) die standpunt dat blootstelling veral effektief behoort te wees om spesifieke, afgebakende vrese te verminder (Marks & Mathews, 1979), en (c) die bevinding dat *in vivo* blootstelling 'n groot verlagende effek op die vermydingsgedrag van 'n spesifieke sosiale fobie, naamlik skriptofobie, gehad het (Biran et al., 1981). Die beduidende groter verlagende effek van die blootstellingsbehandeling teenoor die waglys-kontrolekondisie op *sosiale fobie-vermyding* stem ook met die resultate van laasgenoemde studie ooreen.

Die bevinding in die huidige studie dat die blootstellingsbehandeling oor die algemeen meer effektief was as 'n waglys-kontrolekondisie in die behandeling van sosiale fobie, sluit aan by die bevindings van 'n hele aantal ander studies (Al-Kubaisy et al., 1992; Alstrom et al., 1984; Beidel et al., 1993; Butler et al., 1984; Hope, Heimberg et al., 1995; Mattick et al., 1989; Mersch, 1995; Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

7.8 VERGELYKING VAN DIE GEKOMBINEERDE BEHANDELING EN DIE BLOOTSTELLINGSBEHANDELING: 'N SAMEVATTING

Die deelnemers in die twee behandelingsgroepe het op geeneen van die 13 afhanklike veranderlikes beduidend van mekaar op enige metingstadium (voor-, na- en opvolgmeting) verskil nie, met uitsondering van twee veranderlikes ten opsigte waarvan daar tentatiewe aanduidings was dat die gekombineerde behandelingsgroep dalk beduidend laer tellings op die nameting as die blootstellingsgroep kon gehad het, naamlik *teikenfobie-angs* (gemeet met die SUDS) en *gedagte-funksionaliteit* (weerspieël deur die GLT-SOM). Dit is gevind met 'n eenrigting ANOVA tussen-groep vergelyking en kan dalk 'n toevallige bevinding wees. Die superioriteit van die gekombineerde behandeling in die verbetering van *gedagte-funksionaliteit* blyk egter ook uit 'n ander bron, naamlik uit die beduidende verskil met die waglyskontrolegroep. In teenstelling met die groep wat die gekombineerde behandeling ontvang het, het die blootstellingsgroep nie beduidend van die waglyskontrolegroep verskil nie. By die meting van beide *teikenfobie-angs* en *gedagte-funksionaliteit* kry die deelnemer die geleentheid (tyd) om kognitiewe herstrukturering as 'n hanteringsvaardigheid te gebruik, in teenstelling met die vinnige response wat gelewer moet word by meting met Likert-tipe skale na kort, enkel-sin beskrywings van 'n teikenfobie (die ander teikenfobie-veranderlikes), of ja-nee antwoorde op spesifieke vrae (soos by die meting van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*). Die gekombineerde behandeling is moontlik meer effektief as die blootstellingsbehandeling om deelnemers te help om gevreesde sosiale situasies te bemeester, maar dan benodig hulle dalk 'n minimum hoeveelheid tyd om die nuutontwikkelde kognitiewe herstruktureringvaardighede effektief te kan gebruik. Hulle eerste reaksie na blootstelling aan 'n gevreesde sosiale situasie mag dalk wel 'n skielike verhoging van angs wees, maar as hulle 'n kognitiewe herstruktureringvaardigheid tot hul beskikking het, kan hulle dit dalk aanwend om hulle angstigheid onder beheer te bring, waarskynlik deur die wysiging van kognitiewe disfunksionaliteit. Daar is aanduidings gevind dat dit dalk veral spontane, bewustelik-geproduseerde gedagtes is wat vatbaar mag wees vir 'n groter effek deur die gekombineerde behandeling as die blootstellingsbehandeling, en dat dit dalk hierdie kognitiewe veranderinge is wat miskien 'n mediërende rol gespeel het om sosiale fobie op 'n breër basis te laat verbeter.

Die deelnemers wat die gekombineerde behandeling ontvang het, het op meer veranderlikes na behandeling beduidend van die waglyskontrolegroep verskil as die deelnemers wat met die blootstellingsprosedure behandel is. Anders as die blootstellingsgroep, het die gekombineerde behandelingsgroep beduidend meer as die waglyskontrolegroep verbeter wat *sosialefobie-algemenesimptomatologie* en die kognitiewe veranderlike *gedagte-funksionaliteit* betref. 'n Beduidende verskil tussen die gekombineerde behandelingsgroep en die blootstellingsgroep wat *gedagte-funksionaliteit* (afgelei uit 'n enkelrigting ANOVA, sowel as vergelykings met die waglyskontrolegroep) betref, bied steun vir een van die navosingshipoteses wat betrekking het op 'n vergelyking van die twee aktiewe behandelings, naamlik die verwagting dat die gekombineerde behandeling tot groter verbetering by kognitiewe veranderlikes gebaseer op strategiese kognitiewe prosesse as die blootstellingsbehandeling sou lei. Die feit dat dit nie ook ten opsigte van *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* gevind is nie, hou dalk verband met die feit dat *gedagte-funksionaliteit* afgelei was van gedagtes wat

spontaan geproduseer was. Kognitiewe herstrukturering se skynbaar groter effektiwiteit as die blootstellingsbehandeling om *gedagte-funksionaliteit* te verbeter kan verband hou met die feit dat dit spontaan-geproduseerde gedagtes is en/of die feit dat daar 'n relatief lang tydsverloop was vanaf (en tydens) blootstelling aan die gevreesde toneel en die uiteindelijke meting van die gedagtes. Dit sou byvoorbeeld kon beteken dat kognitiewe herstrukturering veral in staat is om bewustelike, spontaangeproduseerde gedagtes te wysig in omstandighede waar die individu tyd tot sy beskikking het om dit te doen.

Die oorwig van die resultate van die huidige studie dui op onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling en is in ooreenstemming met 'n studie waarin daar nie groot verskille in die behandeling van sosiale fobie tussen die twee behandelings gevind is nie (Hope, Heimberg et al., 1995), en ook nie tussen verskillende kombinasies en volgordes van aanbieding van *in vivo* blootstelling en rasioneel-emotiewe gedragsterapie sonder blootstellingsopdragte nie (Scholing & Emmelkamp, 1993a, 1993b). In die studie van Hope, Heimberg et al. (1995) was daar wel aanduidings dat die groep wat die blootstellingsbehandeling (as aktiewe behandelingskomponent) ontvang het beter as die gekombineerde behandelingsgroep kon gevaar het. So byvoorbeeld is 36,4% van die deelnemers van die gekombineerde behandelingsgroep na behandeling as "reageerders" geklassifiseer wat klinies betekenisvol verbeter het, teenoor die 70% van die die blootstellingsgroep. Die verskille was egter nie beduidend nie. Die onbeduidende verskille tussen die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling van die huidige ondersoek sluit ook aan by 'n studie van Taylor et al. (1997). Hulle het gevind dat 'n baie "suiwer" vorm van kognitiewe herstrukturering (waar daar vir subtiele blootstellingseffekte gekontroleer is) nie tot 'n verhoging van die effektiwiteit van blootstelling (daarna aangebied) bygedra het nie. Die onbeduidende verskille tussen die twee behandelings in die huidige ondersoek, sluit ook aan by 'n studie deur Mersch (1995) waarin gerapporteer is dat 'n geïntegreerde benadering bestaande uit rasioneel-emotiewe gedragsterapie, sosialevaardigheid-opleiding en *in vivo* blootstelling ook nie beter resultate as *in vivo* blootstelling alleen gelewer het nie en dat die langtermyn-effektiwiteit van die twee tipes behandeling ook ewe goed was. Dit bied dus steun vir die standpunt van Turner, Cooley-Quille et al. (1996) dat die tipe kognitief-gedragsterapie van minder belang blyk te wees. Na 'n oorsig van 13 uitkomsstudies waarin ongeveer 650 deelnemers met sosiale fobie betrek is, kom hulle tot die gevolgtrekking dat die verskille in effektiwiteit van die verskillende kognitief-gedragsterapeutiese behandelings in werklikheid klein en onbelangrik is. Volgens hulle hang behandelingseffektiwiteit minder af van prosedure-variasies as van ander kritieke elemente, soos byvoorbeeld die lengte en frekwensie van die behandelingssessies en blootstelling aan die kritieke elemente van die vrees. Hulle baseer hulle standpunt onder andere op navorsing wat daarop dui dat tradisionele gedragsmetodes tot kognitiewe veranderinge kan lei (Mattick et al., 1989; Mersch et al. 1989; Newman et al., 1994), op studies waar daar nie verskille tussen verskillende kombinasies van blootstelling en kognitiewe herstrukturering gevind is nie (Scholing & Emmelkamp, 1989, 1993a, 1993b) en op meta-analitiese studies (Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996) waaruit dit wil voorkom asof dit nie 'n bydraende effek het om kognitiewe herstrukturering by blootstelling te voeg nie. In 'n oorsig deur Turner, Cooley-Quille et al. (1996) van agt studies waarin kognitiewe herstrukturering met blootstelling alleen vergelyk is, was daar slegs een studie (Mattick & Peters, 1988) waarin 'n bydraende effek van die kognitiewe komponent gevind is. Hulle noem dat die metode van data-analise wat Mattick en Peters

(1988) gevolg het egter die interpretasie van die bevindings ietwat bemoeilik het. Alhoewel dit buite die bestek van die huidige ondersoek val, is dit ter wille van 'n breër perspektief dalk tog belangrik om te noem dat Turner en sy medewerkers (Turner, Beidel, & Cooley, 1994; Turner, Beidel, Cooley, et al., 1994; Turner, Beidel et al., 1996) die standpunt huldig dat sosialevaardigheid-opleiding by veralgemeende sosiale fobie wel 'n bydraende terapeutiese effek tot blootstelling het. Wat vergelyking van verskillende KGT-behandelings by sosiale fobie betref, is 'n vergelyking van kognitiewe herstrukturering, blootstelling of die twee gekombineerd dus nie die enigste, of dalk selfs belangrikste, handelings wat vergelykend in uitkomstudies ondersoek moet word nie.

7.9 ALGEMENE SAMEVATTING

Die resultate van die huidige ondersoek dui daarop dat deelnemers met sosiale fobie wat die gekombineerde behandeling of blootstellingsbehandeling ontvang het beduidende verbetering op 12 van 13 afhanklike veranderlikes na behandeling en na 'n opvolgperiode van 3 maande gedemonstreer het. Hipoteses dat albei handelings, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, tot beduidend groter verbetering op 13 afhanklike veranderlikes sou lei en dat die effekte vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou sou word, is ondersoek. Die resultate van die gekombineerde behandeling het die hipoteses grootliks gesteun, aangesien dit by nameting beduidend groter verbeterende effekte gedemonstreer het op al drie die teikenfobie-veranderlikes, op vier van ses sosialefobie-veranderlikes, op een van drie kognitiewe veranderlikes en op die graad van depressie. Die beduidende effekte is vir 'n 3-maande-opvolgperiode in stand gehou. Die blootstellingsbehandeling het beduidend groter effekte as 'n waglys-kontrolekondisie op al drie teikenfobie-veranderlikes en twee uit ses sosialefobie-veranderlikes gedemonstreer. Die beduidende effekte is met uitsondering van een teikenfobie-veranderlike en een sosialefobie-veranderlike vir 'n opvolgperiode van 3 maande in stand gehou. In vergelyking met die effekte van 'n waglys-kontrolekondisie, het die gekombineerde behandeling dus tot verbetering op 'n breër basis as die blootstellingsbehandeling by sosiale fobie gelei.

In teenstelling met wat verwag is, het die blootstellingsbehandeling nie tot 'n beduidend groter verbetering in die metings van die teikenfobie-afhanklike veranderlikes as die gekombineerde behandeling by nameting of by 3-maande-opvolg gelei nie. Soos verwag, was daar nie 'n beduidende verskil tussen die twee handelings wat hul effekte op die sosialefobie-veranderlikes, die kognitiewe veranderlike *aandagsverdraaiing* en die graad van depressie betref nie. Gedeeltelike steun is in die resultate gevind vir die hipotese dat die gekombineerde behandeling, in vergelyking met die blootstellingsbehandeling, beduidend groter verbetering sou toon ten opsigte van kognitiewe veranderlikes wat hoofsaaklik die produk is van strategiese kognitiewe prosesse, naamlik *gedagte-funksionaliteit* en *vrees-vir-negatiewe-evaluasie*. Daar was tentatiewe aanduidings dat die gekombineerde behandeling dalk 'n beduidend groter verbeterende effek as die blootstellingsbehandeling op *gedagte-funksionaliteit* kon gehad het, maar nie op *vrees-vir-negatiewe-evaluasie* nie.

Die feit dat die gekombineerde behandeling, in vergelyking met 'n waglys-kontrolekondisie, die simptome van sosiale fobie op 'n breër basis as blootstelling by nameting en 3-maande-opvolg laat verbeter het, sowel as die aanduidings in die huidige studie dat die gekombineerde behandeling 'n

beduidend groter verbeterende effek op *gedagte-funksionaliteit* as die blootstellingsbehandeling kon gehad het, is in ooreenstemming met kognitiewe teorie dat kognitiewe veranderinge essensieel is vir die effektiewe behandeling van sosiale fobie (Beck et al., 1985; Beidel et al., 1985; Butler, 1985; Hammen et al., 1980; Heimberg, Dodge et al., 1990), en ook vir die standpunte van Butler (1989) en Emmelkamp (1982) dat kognitiewe herstrukturering essensieel is om sulke kognitiewe veranderinge teweeg te bring. Dit impliseer natuurlik nie dat blootstelling sonder kognitiewe herstrukturering oneffektief is om disfunksionele denke te verminder nie. In die huidige ondersoek is dit duidelik dat al die kognitiewe veranderlikes deur die blootstellingsbehandeling verlaag is, maar net nie genoegsaam om die deelnemers beduidend van die waglys-kontrolekondisie te laat verskil nie. Vir baie individue met sosiale fobie kan die eksperiensiële leer wat blootstelling vergesel genoegsame bewyse lewer om disfunksionele oortuigings mee te kan teenwerk (Hope, Heimberg et al., 1995). Verder kan sukseservarings gedurende blootstelling vir sommige individue so 'n uitstaande ervaring wees dat dit die prosessering van skema-teenstrydige informasie afdwing, 'n gebeurtenis wat volgens sommige navorsers essensieel is vir die verandering van disfunksionele informasieprosessering (Beck et al., 1985; Foa & Kozak, 1986).

7.10 BEPERKINGS VAN DIE HUIDIGE STUDIE

Die huidige studie ondersteun vorige navorsingsbevindings wat dui op die effektiwiteit van 'n kombinasie van kognitiewe herstrukturering plus blootstelling en blootstelling alleen in die behandeling van sosiale fobie. Die feit dat daar nie groot verskille in effektiwiteit tussen die twee behandelings gevind is nie, beteken onder andere dat individue met sosiale fobie wat probleme ondervind om kognitiewe herstrukturering as 'n hanteringsvaardigheid aan te leer (weens bv. beperkte intellektuele vermoëns of omdat hul huistaal van dié van die terapeut verskil), effektief met blootstelling alleen behandel kan word. Albei terapieë was ook in 'n groepsterapie-formaat aangebied. Dit is dus ekonomiese behandelings wat 'n groter toeganklikheid vir die breër gemeenskap as individuele terapie bied.

Die volgende is van die belangrikste beperkings van die huidige studie:

- Dit wil voorkom asof die blootstellingsgroep meer blootstelling aan hulle sosiale vrese ontvang het, maar aangesien dit nie gemonitor is nie, is daar nie bewyse hiervoor nie. Dit is dus nie bekend of hulle in hierdie opsigte beduidend van mekaar verskil het nie.
- Daar kan net oor die moontlike mediërende effek as gevolg van die verbetering in die kognitiewe veranderlike *gedagte-funksionaliteit* gespekuleer word. Die ontwerp van die huidige studie was nie van so 'n aard dat die voorspellingswaarde van die wysiging van kognitiewe veranderlikes ondersoek kon word nie.
- Daar is nie tussen verskillende tipes sosiale fobie onderskei nie. Dit is moontlik dat verskillende subgroepe verskillende differensiële response op die twee behandelings kon getoon het.
- Dit is jammer dat moontlike faktore wat met voortydige uitval verband hou nie ondersoek is nie, gesien in die lig van die besondere lae atrissiesyfer (2 uit 60) in die groter projek waarvan die huidige studie deel gevorm het.
- Die baie afhanklike veranderlikes wat in die huidige studie gemeet is, het daartoe gelei dat die effek van behandeling op 'n breë grondslag ondersoek kon word, maar dit sou dalk beter gewees het as 'n

gedragstoets, fisiologiese metings en klinikus-beoordelings ook ingesluit was. Die gebrek aan 'n onafhanklike kliniese beoordeling om die erns van die sosialefobie-simptome ook by na- en opvolgmeting te meet, is veral 'n groot beperking van die huidige studie. Indien dit wel gedoen was, sou dit onder andere kon gehelp het om 'n onderskeiding te kon maak tussen "reageerders" en "nie-reageerders" op behandeling, wat gebruik sou kon word as 'n aanduiding van klinies-betekenisvolle verbetering.

- In aansluiting by laasgenoemde beperking, kan beklemtoon word dat slegs statistiese beduidende effekte van behandeling ondersoek is, en nie klinies-betekenisvolle verandering nie.
- Daar is aanduidings dat daar faktore kon wees wat die betroubaarheid van die emosionele-Strooptaak kon verminder het, soos byvoorbeeld aanduidings dat angs veroorsaak tydens die kleurbenoeming van stimuluswoorde (tydens die toepassing van die stimulus-kaart) amper as 'n tipe "vertraagde paniekreaksie" ontwrigting van die kleurbenoemingstaak tydens die toepassing van die neutrale kaart kon veroorsaak het. Dit is moontlik dat die gebruik van 'n gerekenariseerde weergawe van die taak dalk van hierdie probleme sou kon beperk het.

7.11 AANBEVELINGS VIR TOEKOMSTIGE NAVORSING

Verskeie moontlikhede vir toekomstige navorsing het in die huidige studie na vore gekom.

1. Toekomstige studies behoort beplan te word om, benewens die statistiese beduidendheid van behandelingseffekte, ook die kliniese betekenisvolheid daarvan te ondersoek. Laasgenoemde benadering laat ook die moontlikheid om veranderlikes wat met terapie-uitkoms verband mag hou, te ondersoek.
2. 'n Onderskeiding tussen verskillende tipes sosiale fobie (bv. veralgemeen versus nie-veralgemeen; kognitiewe versus gedragsreageerders; met of sonder ko-morbiede diagnoses soos vermydende-persoonlikheidsversteuring) behoort die waarde van vergelykende behandelingsuikomsstudie in die toekoms aansienlik te verhoog.
3. 'n Onderskeiding tussen "reageerders" en "nie-reageerders" na behandeling in die algemeen en as gevolg van elke spesifieke behandeling afsonderlik, sal gebruik kan word om die rol van voorspellende en ander kritiese veranderlikes (bv. kognitiewe veranderlikes, kognitiewe herstrukturering, blootstelling, tipes sosiale fobie, sosio-demografiese veranderlikes) beter te ondersoek. Die twee groepe sou ook gebruik kon word om prestasies op 'n emosionele-Strooptaak te kan vergelyk.
4. Toekomstige studies sal 'n waardevolle bydrae kan maak indien die voorspellingswaarde van kognitiewe veranderlikes soos *gedagte-funksionaliteit* ondersoek word. Indien bevestiging gekry word vir die tentatiewe aanduidings oor die mediërende rol van hierdie veranderlike wat in die huidige ondersoek gevind is, sou dit nie net steun bied vir die kognitiewe teorie nie, maar ook 'n rigting aandui waarin toekomstige navorsing gestuur sou kon word ten einde meer effektiewe behandelingsmetodes te ontwikkel.

5. Aanduidings in die huidige ondersoek dat kognitiewe herstrukturering veral 'n bydrae kan maak om spontane, bewustelik-geproduseerde gedagtes te wysig, moet verder ondersoek word, asook die aanduidings dat 'n tipe "inkubasie-periode" na blootstelling aan 'n gevreesde situasie of materiaal tydens die metingsprosedures toegelaat moet word voordat die meting daarvan geskied. Hipoteses in hierdie verband het eerstens belangrike implikasies vir behandeling. Die deelnemer sou byvoorbeeld ingelig kon word dat hy net na die blootstelling dalk baie angstig kan raak en sou kon voel dat hy/sy nie sy angstigheid sal kan beheer nie, en dat dit 'n normale, maar tydelike ervaring is. Sodra hy/sy begin konsentreer en kognitiewe herstrukturering-vaardighede gebruik, behoort sy/haar angsvlakke merkbaar te begin daal. Hierdie hipoteses het belangrike implikasies vir toekomstige navorsing, omdat die effekte van die variasie van die lengte en aard van die blootstelling aan die gevreesde situasie (bv. kort versus lank; in vivo, op verbeeldingsvlak, of geskrewe; algemene situasies versus spesifieke teikensituasies) tydens behandeling, maar veral tydens evaluasie, nog nie deeglik by sosiale fobie ondersoek is nie.
6. Indien daar in toekomstige studies sterker steun gevind sou word vir die hipotese dat die gekombineerde behandeling 'n groter effek as die blootstellingsbehandeling op strategiese kognitiewe prosesse het, en veral dié wat spontaan geproduseer word, sal dit belangrike teoretiese en praktiese implikasies vir die kognitiewe sielkunde en terapie inhou. Dit sal onder andere beteken dat kognitiewe herstrukturering, minstens wat bewustelike, spontane gedagtes betref, 'n bykomende positiewe effek tot blootstelling kan hê, selfs al sou dit ten koste van 'n sekere proporsie beskikbare blootstelling-tyd geskied. 'n Volgende stap sal dan wees om die kliniese betekenisvolheid van sulke veranderinge te probeer bepaal.
7. Probleme met die gebruik van die emosionele-Strooptaak in die formaat waarin dit in die huidige ondersoek gebruik is, is uitgewys. Navorsing met gerekenariseerde weergawes van die taak, waar latensie na die respons op elke woord gemeet word, kan dalk tot meer betroubare resultate lei. 'n Emosionele-Strooptaak wat 'n betroubare en geldige meetmiddel van *aandagsverdraaiing* is, word benodig sodat hierdie veranderlike in toekomstige navorsing as afhanklike kognitiewe veranderlike, wat berus op outomatiese (onbewustelike) prosesse, in uitkomsstudies gebruik kan word. Die effek van terapie op aandagsverdraaiing, en die rol wat hierdie veranderlike in die simptomatologie van sosiale fobie en die effek van terapie speel, is 'n belangrike, maar onbekende onderwerp wat in toekomstige navorsing aangespreek behoort te word.
8. Die resultate van die blootstellingsbehandeling was nie 'n toets vir enige van die teorieë oor die meganisme (of meganismes) van angsreduksie na suksesvolle behandeling (soos bv. uitdowing, habituasie, kognitiewe verandering en emosionele prosessering) nie. Die aanbeveling kan gemaak word dat toekomstige navorsing so beplan moet word dat dit wel aspekte van een of meer van hierdie teorieë toets. Om die emosionele prosesseringsteorie te toets, sou dit byvoorbeeld insiggewend kon wees om groepe met sosiale fobie aan verskillende aspekte van die emosionele struktuur (die stimulus-, respons- en/of betekenisproposisies) bloot te stel, of om groepe te vergelyk wat wissel in die mate van die volledigheid waarmee hulle aan 'n deel van, of die totale struktuur blootgestel was.

Volgens Rachman (1980) behoort dit deur aanduidings van volledige emosionele prosessering, en dus suksesvolle terapie, weerspieël te word. Volgens Foa en Kozak (1986) moet die blootstelling-ervaring informasie bevat wat onverenigbaar is met minstens sekere van die elemente wat in die pasiënt se angsstruktuur aanwesig is, byvoorbeeld die besef dat die angs nie vir ewig sal voortduur nie, of dat die ervaring self nie so sleg is nie. Deur hierdie insigte met erkende kognitiewe herstrukturering-tegnieke te probeer bevorder of op ander wyses eksperimenteel te manipuleer, sou byvoorbeeld as 'n toets vir die houdbaarheid van die emosionele prosesseringsteorie kon dien.

9. Die beduidende groter verlaging van al die teikenfobie-veranderlikes deur middel van die blootstellingsbehandeling in vergelyking met die waglys-kontrolekondisie, bied steun/stem ooreen met (a) die standpunt dat herhalende, langdurige blootstelling meer effektief behoort te wees as kort, sporadiese blootstelling (Marks, 1987), (b) die standpunt dat blootstelling veral effektief behoort te wees om spesifieke, afgebakende vrese te verminder (Marks & Mathews, 1979), en (c) die bevinding dat *in vivo* blootstelling 'n groot verlagende effek op die vermydingsgedrag van 'n spesifieke sosiale fobie, naamlik skriptofobie, gehad het (Biran et al., 1981). Die beduidende groter verlagende effek van die blootstellingsbehandeling teenoor die waglys-kontrolekondisie op *sosiale fobie-vermyding* stem ook met die resultate van laagenoemde studie ooreen. Waarom die resultate van die huidige studie steun bied vir die genoemde standpunte, kan bloot oor gespekuleer word. Dit behoort met die regte eksperimentele ontwerp meer akkuraat en direk ondersoek te word.
10. Dit sou in die toekoms sinvol wees om metodes te ontwikkel om die verskille te probeer bepaal in die terapietyd wat aan die hantering van spesifieke teikenvrees-situasies spandeer is, en tyd spandeer aan blootstellingsoefeninge van meer algemene interaksionele situasies. Die effek van hierdie verskille op die behandeling van verskillende tipes sosiale fobie (bv. spesifieke sosiale fobie versus die meer veralgemeende tipe) sou dan sinvol in daaropvolgende studies ondersoek kon word.
11. Die twee behandelingsgroepe het volgens die strengste maatstawwe nie beduidend van mekaar verskil wat hulle effek op die teikenfobie-veranderlikes betref nie. Daar is gespekuleer dat dit dalk daarop kan dui dat kognitiewe herstrukturering (sonder blootstelling) altyd net so effektief soos blootstelling is wat betref die behandeling van teikenfobie, óf dat die addisionele tyd wat aan teikenfobie-blootstelling bestee was, dalk te kort was om regtig 'n verskil te maak. Daar word vermoed dat die blootstellingsgroep meer blootstelling ontvang het, maar dit was nie gemonitor om te bepaal of dit wel so was, en indien wel, hoeveel nie. 'n Derde moontlikheid is dat 'n mate van blootstelling benodig word vir 'n aanvanklike terapeutiese effek, maar dat dit dan vir ('n onbekende) periode nie 'n verskil maak of deelnemers die blootstellingsbehandeling, kognitiewe herstrukturering alleen of 'n kombinasie van die twee ontvang nie. Dit is hipoteses wat hulle leen tot verdere ondersoek deur toekomstige studies.
12. Die spontane verbetering in terme van die kognitiewe veranderlikes by die waglys-kontrolegroep, het in die huidige studie geblyk. Die faktore daarvoor verantwoordelik is nie duidelik nie en dit behoort in toekomstige navorsing ondersoek te word.

13. In die huidige studie is die deelnemers in groepe behandel. Dit mag dalk die beste behandelingsformaat by sosiale fobie wees soos deur Heimberg (1991) gesuggereer, maar dit is nog nie 'n uitgemaakte saak dat individuele behandeling nie dalk beter resultate by sosiale fobie sal lewer nie. In toekomstige navorsing behoort die effekte van individuele en groepkognitiewegedragsterapie vir sosiale fobie vergelykenderwys ondersoek te word.

7.12 SLOTOPMERKING EN AANBEVELING

Die verskille tussen die gekombineerde behandeling en die blootstellingsbehandeling wat in die huidige ondersoek gevind is, was nie groot nie. Dit stem ooreen met bevindings na oorsigstudies dat daar oor die algemeen nie groot verskille in die effektiwiteit van die twee behandelings van sosiale fobie is nie (Feske & Chambless, 1995; Turner, Cooley-Quille et al., 1996), asook met die algemene bevindings in die uitkomsstudie deur Hope, Heimberg et al. (1995). Turner, Cooley-Quille et al. (1996) huldig die standpunt dat behandelingseffektiwiteit minder afhang van variasies in die soort behandeling wat gebruik word, as van ander kritieke elemente soos die lengte en frekwensie van die behandelingssessies en blootstelling aan belangrike aspekte van sosiale vrese. Die vraag wat dit laat ontstaan is of kognitiewe herstrukturering dan nie maar heeltemal weggelaat kan word uit die behandelingsprogramme vir sosiale fobie nie. Aangesien daar wél aanduidings in die huidige studie was dat die gekombineerde behandeling beter resultate as die blootstellingsbehandeling gelever het, moet die klinikus op hierdie stadium waarskynlik die gekombineerde behandeling gebruik indien hy/sy met kognitiewe herstruktureringprosedures vertrou is. Indien dit nie die geval is nie, is blootstellingsbehandeling waarskynlik 'n baie goeie alternatief vir die behandeling van sosiale fobie.

VERWYSINGS

- Agras, W.S. (1990). Treatment of social phobias. Journal of Clinical Psychiatry, 51, 52-58.
- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 756-764.
- Alden, L.E., Teschuk, M. & Tee, K. (1992). Public self-awareness and withdrawal from social interactions. Cognitive Therapy and Research, 16, 249 - 267.
- Alden, L.E. & Wallace, S.T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. Behaviour Research and Therapy, 33, 497 – 505.
- Al-Kubaisy, T., Marks, I.M., Logsdail, S., Marks, M.P., Lovell, K., Sungur, M., & Araya, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. Behavior Therapy, 23, 599-621.
- Alström, J.E., Nordlund, C.L., Persson, G., Harding, M., & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. Acta Psychiatrica Scandanavia, 70, 97-110.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P.L., Gelder, M.G., & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, 142, 174 – 179.
- Amsel, R. & Fichten, C.S. (1990). Ratio versus frequency scores: Focus of attention and the balance between positive and negative thoughts. Cognitive Therapy and Research, 14, 257-277.
- Anderson, J., & Bower, G.H. (1973). Human associative memory. Washington, D.C.: Winston.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. In R.M. Rapee (Ed.), Current controversies in the anxiety disorders (pp.3-20). New York: Guilford Press.

Antony, M.M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. Canadian Journal of Psychiatry, 42, 826-834.

Argyle, M., Bryant, B.M., & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. Psychological Medicine, 4, 435-443.

Arnkoff, D.B. & Glass, C.R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 61-74.

Arrindell, W.A., Kwee, M.G.T., Methorst, G.J., Van der Ende, J., Pol, E. & Moritz, B.J.M. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. British Journal of Psychiatry, 155, 526 – 535.

Asmundson, G.J.G. & Stein, M.B. (1993). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. Journal of Anxiety Disorders, 8, 107-117

Baker, L.L. & Jessup, B.A. (1980). The psychophysiology of affective verbal and visual information processing in depression. Cognitive Therapy and Research, 4, 135-148.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Barlow, D.H. (1987). The classification of anxiety disorders. In G.L. Tischler (Ed.), Diagnosis and classification in psychiatry: A critical appraisal of DSM-III (pp. 223-242). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

Barlow, D.H. & Beck, J.G. (1984). The psychosocial treatment of anxiety disorders: Current status, future directions. In J.B.W. Williams & R.J. Spitzer (Eds.), Psychotherapy research: Where are we and where should we go? (pp. 29-69). New York: Guilford Press.

Barlow, D.H. & DiNardo, P.A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. In R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety, generalized anxiety disorder and mixed anxiety depression (pp. 95-118). New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, 551-570.

Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.R., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 187 – 203.

Beck, A.T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8, 77-100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M.J., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beidel, D.C., Borden, J.W., Turner, S.M., & Jacob, R.G. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent validity with a clinic sample. Behavior Research and Therapy, 27, 573 – 756.

Beidel, D.C., Turner, S.M., & Cooley, M.R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. Behavior Research and Therapy, 31, 331-337.

Beidel, D.C., Turner, S.M., & Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behaviour Research and Therapy, 23, 109-117.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A., & Dancu, C.V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. Behavior Therapy, 20, 417-427.

Biran, M., Augusto, F., & Wilson, G.T. (1981). In vivo exposure vs cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. Behaviour Research and Therapy, 19, 525-532.

Boone, M.L., Lewin, M.R., McNeil, D.W., & Kahle, A.L. (1989, November). Differentiating circumscribed speech anxiety and generalized social anxiety using psychophysiological and cognitive methods. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Bourdon, K.H., Boyd, J.H., Rae, D.S., Burns, B.J., Thompson, J.W., & Locke, B.Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA Community Survey. Journal of Anxiety Disorders, 2, 227-241.

Bower, G.H. (1981). Mood and memory. American Psychologist, 36, 129-148.

Bower, G.H. (1983). Philosophical Transactions of the Royal Society, London, B302, 387-402.

Bower, G.H. (1985). A review of research on mood and memory. Paper presented at the Symposium on Affect and Cognition, Cognitive Psychology Section, British Psychology Society, Oxford, September.

Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. Behaviour Research and Therapy, 25, 443-456.

Broadbent, D.E. & Broadbent, M. (1988). Anxiety and attentional bias: State and trait. Cognition and Emotion, 2, 165-183.

Brown, E.J., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive behavioral treatment. Behavior Therapy, 26, 467-486.

Brown, E.J., Turovsky, J., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. Psychological Assessment, 9, 21 – 27.

Brown, T.A. & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 835-844.

Bruch, M.A., Gorsky, J.M., Collins, T.M., & Berger, P.A. (1989). Shyness and sociability revisited: A multicomponent analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 904 – 915.

Bruch, M.A. & Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non-generalized social phobics. Journal of Anxiety Disorders, 8, 155 – 168.

Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P., & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. Anxiety Research, 2, 57 – 65.

Bruch, M.A., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. Cognitive Therapy and Research, 15, 429-441.

Bruch, M.A., Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Holt, C.S. (1993). Cognitive specificity in social anxiety and depression: Supporting evidence and qualifications due to affective confounding. Cognitive Therapy and Research, 17, 1 – 21.

Burgio, K., Merluzzi, T.V., & Pryor, J. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1216 – 1221.

Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. Behaviour Research and Therapy, 23, 651-657.

Butler, G. (1989). Issues in the applications of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 91-106.

Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 642-650.

Cacioppo, J.T, Glass, C.R., & Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive-response analysis of heterosocial anxiety. Cognitive Therapy and Research, 3, 249-262.

Carver, C., Peterson, L., Follansbee, D., & Scheier, M. (1983). Effects of self-directed attention on performance and persistence among persons high and low in test anxiety. Cognitive Therapy and Research, 7, 333 – 354.

Carver, C. & Scheier, M. (1978). Self-focusing effects of dispositional self-consciousness, mirror presence, and audience presence. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 324 – 332.

Carver, C. & Scheier, M. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. Journal of Experimental Social Psychology, 17, 545 – 568.

Carver, C. & Scheier, M. (1988). A controll-process perspective on anxiety. Anxiety Research, 1, 17-22.

Caspi, A., Elder, G.H. Jr., & Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: Life course patterns of shy children. Developmental Psychology, 24, 824 – 831.

Cassiday, K.L., McNally, R.J., & Zeitlen, S.B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. Cognitive Therapy and Research, 16, 283-295.

Chambless, D.L., Cherney, J., Caputo, G.C., & Rheinstein, B.J.G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. Journal of Anxiety Disorders, 1, 29 – 40.

Chambless, D.L. & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 248-260.

Chambless, D.L., Glass, C.R., & Tran, G.Q. (1993, November). Effects of avoidant personality and subtype on outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. In D.L. Chambless, Social phobia and avoidant personality disorder. Symposium conducted at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.

Chambless, D.L. & Hope, D.A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In P.M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy (pp. 345-382), New York: Guilford Press.

Chambless, D.L., Tran, G.Q., & Glass, C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 11, 221-240.

Clark, D.B. & Agras, W.S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. American Journal of Psychiatry, 148, 598-605.

Clark, D.B., Turner, S.M., Beidel, D.C., Donovan, J.E., Kirisci, L., & Jacob, R.G. (1994). Reliability and validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for adolescents. Psychological Assessment, 6, 135 – 140.

Clark, D.C., Cavanaugh, S.V., & Gibbons, R.D. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. Journal of Nervous and Mental Diseases, 171, 705-713.

Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In M. Liebowitz, D. Hope, F. Schneier and R.G. Heimberg (Eds.), Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment, (pp. 69 – 93). New York: Guilford Press.

Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159.

Cohen, J.D., Dunbar, K., & McClelland, J.L. (1990). On the control of automatic processes: A parallel processing account of the Stroop effect. Psychological Review, 97, 332-361.

Covington, M.V., Omelich, C.L., & Schwarzer, R. (1986). Anxiety, aspirations and self-concept in the achievement process: A longitudinal model with latent variables. Motivation and Emotion, 10, 71-88.

Cox, B.J., Ross, L., Swinson, R.P., & Dorenfeld, D.M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. Behavior Modification, 22, 285-297.

Cox, B.J. & Swinson, R.P. (1995). Assessment and measurement. In M.B. Stein (Ed.), Social phobia: Clinical and research perspectives (pp. 261-292). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Dalgleish, T. (1995). Performance on the emotional Stroop task in groups of anxious, experts and control subjects: A comparison of computer and card presentation formats. Cognition and Emotion, 9, 341-362.

Daly, J.A., Vangelisti, A.L., & Lawrence, S.G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. Personality and Individual Differences, 10, 903 – 913.

Davidson, R., Hughes, D., George, L., & Blazer, D. (1994). The boundary of social phobia: Exploring the threshold. Archives of General Psychiatry, 51, 975 – 983.

Davies, F., Norman, R.M.G., Cortese, L., & Malla, A.K. (1995). The relationship between types of anxiety and depression. Journal of Nervous and Mental Disease, 183, 31 – 35.

Dawkins, K. & Furnham, A. (1989). The color naming of emotional words. British Journal of Psychology, 80, 383-389.

De Gonda, M. & Angst, J. (1993). The Zurich study: XX. Social phobia and agoraphobia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 243, 95-102.

DeLeon, G., Skodol, A., & Rosenthal, M.S. (1978). Phoenix House: Changes in psychopathological signs of resident drug addicts. Archives of General Psychiatry, 28, 131-135.

DiGiuseppe, R., McGowan, L., Sutton-Simon, K., & Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. Journal of Relational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 8, 129 – 146.

DiNardo, P.A. & Barlow, D.H. (1988). Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R), Graywind Publications, Albany, N.Y.

DiNardo, P.A., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R). Archives of General Psychiatry, 50, 251-256.

DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T., & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. Archives of General Psychiatry, 40, 1070-1074.

Dodge, C.S., Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. Cognitive Therapy and Research, 12, 211-222.

- Donohue, B., van Hasselt, V., & Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia: An evaluative review. Behavior Modification, 18, 262-288.
- Duval, S. & Wicklund, R. (1973). Effects of objective self-awareness on attributions of causality. Journal of Experimental Psychology, 9, 17 – 31.
- Edelman, R.E. & Chambless, D.L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 33, 573-577.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W.T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. Cognition and Emotion, 2, 201-219.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1970). The essence of Rational Psychotherapy: A comprehensive approach to treatment. New York, N.Y.: Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1991). Rational-emotive treatment of simple phobias. Psychotherapy, 28, 452-456.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P., Vissia, E., & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behaviour Research and Therapy, 23, 365-369.
- Eysenck, H.J. (1982). Personality, genetics, and behavior. New York: Praeger.
- Eysenck, M.W. (1992). Anxiety: The cognitive perspective. Hove, N.J.: Erlbaum.
- Falloon, I.R.H., Lloyd, C.G., & Harpin, R.E. (1981). The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists. Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 180-184.
- Fava, G.A., Grandi, S., & Canestrari, R. (1989). Treatment of social phobia by homework exposure. Psychotherapy and Psychosomatics, 52, 209-213.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 75 – 86.
- Feske, U. & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. Behavior Therapy, 26, 695-720.

Feske, U., Perry, K.J., Chambless, D.L., Renneberg, B., & Goldstein, A.J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor of treatment outcome among generalized social phobics. Journal of Personality Disorders, 10, 174-184.

Foa, E.B. & Emmelkamp, P.M.G. (1983). Failure in behavior therapy. New York: Wiley.

Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J., & Herbert, J.D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 105, 433 – 439.

Foa, E.B. & Kozak, M.S. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bulletin, 99, 20-35.

Friend, R.M. & Gilbert, J. (1973). Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison. Journal of Personality, 41, 328 – 340.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R., & Klein, D.F. (1993). A direct interview family study of social phobia. Archives of General Psychiatry, 50, 286 – 293.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., Martin, L.Y., & Klein, D.F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. Archives of General Psychiatry, 52, 564 – 573.

Gelder, M.G. & Marks, I.M. (1966). Severe agoraphobia: A controlled prospective trial of behaviour therapy. British Journal of Psychiatry, 112, 309-319.

Gelernter, C.S., Stein, M.B., Tancer, M.E., & Uhde, T.W. (1992). An examination of the syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 53, 23 – 27.

Gelernter C.S., Uhde, T.W., Cimboic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., & Bartko, J.J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments for social phobia: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 48, 938-945.

George, D. & Mallery, P. (1999). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. Boston: Allyn and Bacon.

Gibbons, F.X., Smith, T.W., Ingram, R.E., Pearce, K., Brehm, S.S., & Schroeder, D.J. (1985). Self-awareness and self-confrontation: Effects of self-focused attention on members of a clinical population. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 662 – 675.

Glasgow, R.E. & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. Behavior Therapy, 6, 488 – 498.

Glass, C.R. & Arnkoff, D.B. (1989). Behavioral assessment of social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 75-90.

Glass, C.R. & Arnkoff, D.B. (1994). Validity issues in self-statement measure of social phobia and social anxiety. Behavior Research and Therapy, 32, 255 – 267.

Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., & Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 37-55.

Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 228-234.

Goldfried, M.R. (1979). Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention. In P. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), Cognitive-Behavioral interventions: Theory, research and procedures (pp. 117-152). New York: Academic Press.

Goldfried, M.R. & Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504 – 410.

Gorman, J.M. & Gorman, L.F. (1987). Drug treatment of social phobia. Journal of Affective Disorders, 13, 183 – 192.

Gotlieb, I.H. & Cane, D.B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. Journal of Abnormal Psychology, 96, 199-204.

Graf, P. & Mandler, G. (1984). Activation makes words more accessible, but not necessarily more retrievable. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 23, 553-568.

Greenberg, L. & Safran, J.D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. Cognitive Therapy and Research, 8, 559-578.

Gurnani, P.D. & Wang, M. (1990). Some reservations concerning the current cognitive emphasis in therapy. Counselling Psychology Quarterly, 3, 21 – 41.

Hafner, R.J. & Marks, I.M. (1976). Exposure in vivo of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. Psychological Medicine, 6, 71-88.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56 – 62.

Hammen, C.L., Jacobs, M., Mayol, A., & Cochran, S.D. (1980). Dysfunctional cognitions and effectiveness of skills and cognitive behavioral assertion training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 659-685.

Hartman, L.M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. Clinical Psychology Review, 3, 435 – 456.

Hartman, L.M. (1984). Cognitive components of social anxiety. Journal of Clinical Psychology, 40, 137-139.

Hayes, B.J. & Marshall, W.L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speakers. Behaviour Research and Therapy, 22, 519-533.

Heimberg, R.G. (1986). Predicting the outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting for the Society for Psychotherapy Research, Wellesley, MA.

Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobias: A critical analysis. Clinical Psychology Review, 9, 107-128.

Heimberg, R.G. (1991). Cognitive behavioral treatment for social phobias in a group setting: A treatment manual (2nd ed.). New York: University at Albany, State University of New York.

Heimberg, R.G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. Behaviour Research and Therapy, 32, 269-280.

Heimberg, R.G., Acerra, M.C. & Holstein, A. (1985). Partner similarity mediates interpersonal anxiety. Cognitive Therapy and Research, 9, 443 – 453.

Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. Psychosomatics, 29, 27 – 37.

Heimberg, R.G. & Becker, R.E. (1984). Cognitive-behavioral treatment of social phobia in a group setting: A treatment manual. Unpublished manuscript, Department of Psychology, State University of New York at Albany.

Heimberg, R.G., Becker, R.E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J.A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 236-245.

Heimberg, R.G., Bruch, M.A., Hope, D.A., & Dombeck, M. (1990). Evaluating the states of mind model: Comparison to an alternative model and effects of method of cognitive assessment. Cognitive Therapy and Research, 14, 543-557.

Heimberg, R.G., Dodge, C.S., & Becker, R.E. (1987). Social Phobia. In L. Michelson & M.L. Ascher (Eds.), Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment (pp. 280-309). New York: Guilford Press.

Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J., & Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. Cognitive Therapy and Research, 14, 1-23.

Heimberg, R.G., Holt, C.S., Schneier, F.R., Spitzer, R.L., & Liebowitz, M.L. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 7, 249-269.

Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.S., & Becker, R.E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 172-179.

Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1993). Thought listing scoring manual: Social phobia program. Unpublished manuscript, Center for Stress and Anxiety Disorders. New York: State University of New York (Albany).

Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. (pp. 261-309). New York: Guilford Press.

Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, E.J., Holle, C., Makris, G.S., Leung, A.W., Schneier, F.R., Gitow, A., & Liebowitz, M.R. (1994). Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social phobia: Posttreatment and follow-up effects. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego.

Heimberg, R.G. & Liebowitz, M.R. (1992, April). A multi-center comparison of the efficacy of phenelzine and cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Paper presented at the 12th National Conference on Anxiety Disorders, Houston.

Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., & Schneier, F.R. (1995). Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.

Heimberg, R.G., Mueller, G.P., Holt, C.S., Hope, D.A., & Liebowitz, M.R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. Behavior Therapy, 23, 53-73.

Heimberg, R.G., Nyman, D., & O'Brien, G.T. (1987). Assessing variations of the Thought-Listing Technique: Effects of instructions, stimulus intensity, stimulus modality, and scoring procedures. Cognitive Therapy and Research, 11, 13 – 24.

Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. Cognitive Therapy and Research, 17, 325-339.

Herbert, J.D., Hope, D.A., & Bellack, A.S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 101, 332 – 339.

Higley, J.D. & Suomi, S.J. (1989). Temperamental reactivity in non-human primates. In G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M.K. Rothbart (Eds.), Temperament in childhood. (pp. 153 – 167). New York: Wiley.

Hofmann, S.G., Newman, M.G., Becker, E., Taylor, C.B., & Roth, W.T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. Journal of Anxiety Disorders, 2, 427-438.

Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A., & Roth W. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 1, 224 – 231.

Holle, C., Heimberg, R.G., Sweet, R.A., & Holt, C.S. (1995). Alcohol and caffeine use by social phobics: An initial inquiry into drinking patterns and behavior. Behaviour Research and Therapy, 33, 561 – 566.

Holt, C.S. & Heimberg, R.G. (1990). The Reaction to Treatment Questionnaire: Measuring treatment credibility and outcome expectancies. The Behavior Therapist, 13, 213-214, 222.

Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1990). Success from the outset: Predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1992a). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 101, 318-325.

Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1992b). Situational domains of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 6, 63-77.

Hope, D.A. (1989). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: How important is the cognitive component? Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, State University of New York at Albany.

Hope, D.A. (1990). The Revised Stroop Color-Naming Task for Social Phobics. University of Nebraska-Lincoln.

Hope, D.A., Gansler, D., & Heimberg, R.G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. Clinical Psychology Review, 9, 49 – 60.

Hope, D.A. & Heimberg, R.G. (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. Journal of Personality Assessment, 52, 626 – 639.

Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1990, March). The importance of cognitive interventions in the treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Phobia Society of America, Washington, DC.

Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Behaviour Research and Therapy, 33, 637-650.

Hope, D.A., Heimberg, R.G., Zollo, L.J., Nyman, D.J., & O'Brien, G.T. (1987). Thought listing in the natural environment: Valence and focus of listed thoughts among socially anxious and nonanxious subjects. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston.

Hope, D.A., Herbert, J.D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and the efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Cognitive Therapy and Research, 19, 399-417.

Hope, D.A., Holt, C.S., & Heimberg, R.G. (1993). Social Phobia. In Giles, T.R. (Ed.), Handbook of effective psychotherapy (pp.227-251). New York: Plenum Press.

Hope, D.A., Rapee, R.M, Heimberg, R.G., & Dombeck, M.J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. Cognitive Therapy and Research, 14, 177-189.

Ingram, R. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. Psychological Bulletin, 107, 156 – 176.

Ingram, R.E. & Kendall, P.C. (1987). The cognitive side of anxiety. Cognitive Therapy and Research, 11, 523-536.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.

Jerremalm, A., Jansson, L., & Öst, L.-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 24, 171-180.

Johnson, R.L. & Glass, C.R. (1989). Heterosocial anxiety and direction of attention in high school boys. Cognitive Therapy and Research, 13, 509 – 526.

Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis's irrational belief system with personality and maladjustment correlated. Wichita: Test Systems Inc.

Jones, R.G. (1969). A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates (Doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968). Dissertation Abstracts International, 29, 4379B-4380B.

Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N., Gibbons, J., & Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. Child Development, 59, 1580 – 1589.

Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D.M. (1992). Initial reactions to unfamiliarity. Current Directions in Psychological Science, 1, 171 – 174.

Kanter, N.J. & Goldfried, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. Behavior Therapy, 10, 472-490.

Kazdin, A.E. & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 138-147.

Kendall, P.C. (1984). Behavioral assessment and methodology. In G.T. Wilson, C.M. Franks, K.D. Brownell, & P.C. Kendall (Eds.), Annual review of behavior therapy (Vol. 9, pp. 39-94). New York: Guilford Press.

Kendall, P.C. & Hollon, S.D. (1981). Assessing self-reverent speech: Methods in the measurement of self-statements. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions (pp. 287-312). New York: Academic Press.

Kendler, K.S., Heath, A., Martin, N.G., & Eaves, L.J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments. Archives of General Psychiatry, 44, 451 – 457.

Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in woman: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Archives of General Psychiatry, 49, 273 – 281.

Kendrick, M.J., Craig, K.D., Lawson, D.M., & Davidson, P.O. (1982). Cognitive and behavioral therapy for musical performance anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 353-362.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey, Archives of General Psychiatry, 51, 8 – 19.

Kimble, C.E. & Zehr, H.D. (1982). Self-consciousness, information load, self-presentation, and memory in a social situation. Journal of Social Psychology, 118, 9 – 46.

Klinger, E., Barta, S.G., & Maxeiner, M.E. (1981). Current concerns: Assessing therapeutic relevant motivation. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions (pp. 161-196). New York: Academic Press.

Koksal, F. & Power, K.G. (1990). Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): A self-report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. Journal of Personality Assessment, 54, 534-545.

Lambert, M., Hatch, D., Kingston, M., & Edwards, B. (1986). Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 54-59.

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), Research in psychotherapy (Vol. 3) (pp. 90-103). Washington, DC: American Psychological Association.

Lang, P.J. (1971) The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification (pp. 75-125). In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley.

Lang, P.J. (1977a). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. Behavior Therapy, 8, 862-886.

Lang, P.J. (1977b). Physiological assessment of anxiety and fear. In J.D. Cone & R.A. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical psychology (pp. 178-195). New York: Brunner/Mazel.

Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, 16, 495-512.

Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 130-170). Hillside, NJ: Erlbaum.

Lavy, E.H., Van den Hout, M., & Arntz, A. (1993).. Attentional bias and spider phobia: Conceptual and clinical issues. Behaviour Research and Therapy, 31, 17-24.

Lavy, E.A., Van Oppen, P., & Van den Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 32, 243-246.

Lazarus, P.J. (1982). Incidence of shyness in elementary-school age children. Psychological Reports, 51, 904 – 906.

Lazarus, R.L. (1991). Emotion and adaptation. Oxford: Oxford University Press.

Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. Journal of Personality Assessment, 47, 66-75.

Leary, M.R. (1991). Social anxiety, shyness, and related constructs. In J. Robinson, P. Shaver, & L. Wrightsman (Eds.), Measures of personality and social psychological attitudes (pp. 161-194). New York: Academic Press.

Leary, M.R., Atherton, S.C., Hill, S., & Hur, C. (1986). Attributional mediators of social inhibition and avoidance. Journal of Personality, 54, 704 – 716.

Leary, M.R., Kowalski, R.M., & Campbell, C.D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. Journal of Research in Personality, 22, 308 – 321.

Leung, A.W. & Heimberg, R.G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and the outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 34, 423-432.

Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology, Vol.17. (pp. 118-173).

New York: Academic Press.

Levin, A.P., Saoud, J.B., Strauman, T., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Crawford, R., & Liebowitz, M.R. (1993). Responses of “generalized” and “discrete” social phobics during public speaking. Journal of Anxiety Disorders, 7, 207 – 221.

Levin, A.P., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1989). Social phobia: Biology and pharmacology. Clinical Psychology Review, 9, 129 – 140.

Liebling, B.A. & Shaver, P. (1973). Evaluation, self-awareness, and task performance. Journal of Experimental Social Psychology, 9, 297 – 306.

Liebowitz, M.R. (1987). Social Phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22, 141-173.

Liebowitz, M.R., Campeas, R., Levin, A.P., Sandberg, D., Hollander, E., & Papp, L. (1987). Pharmacotherapy of social phobia: A condition distinct from panic attacks. Psychosomatics, 28, 305-308.

Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Campeas, R., & Levin, A.P., (1986). Phenelzine in social phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, 6, 93-98.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Campeas, R., Levin, A.P., Sandberg, D., Hollander, E., Papp, L., & Goetz, D. (1988). Pharmacotherapy of social phobia: A placebo controlled comparison of phenelzine and atenolol. Journal of Clinical Psychiatry, 49, 252-257.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., & Klein D.F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. Archives of General Psychiatry, 42, 729-736.

Liebowitz, M.R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia: A placebo controlled comparison. Archives of General Psychiatry, 49, 290-300.

Lightfoot, S.L. & Oliver, J.M. (1985). The Beck Inventory: Psychometric properties in university students. Journal of Personality Assessment, 49, 434-436.

Loranger, A.W. (1988). Personality Disorders Examination (PDE) manual. Yonkers, NY: D.V. Communications

Lucas, R.A. & Telch, M.J. (1993). Group versus individual treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, G.A.

Lucock, M.P. & Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. Behaviour Research and Therapy, 4, 297 – 302.

Lundh, L. & Öst, L. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobics. Behaviour Research and Therapy, 34, 787 – 794.

MacLeod, C.M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. Psychological Bulletin, 109, 163-203.

MacLeod, C. & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology, 38, 659-670.

MacLeod, C. & Mathews, A.M. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities. Behaviour Research and Therapy, *29*, 599-610.

MacLeod, C., Mathews, A.M., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. Journal of Abnormal Psychology, *95*, 15-20.

MacLeod, C. & Rutherford, E.M. (1992). Anxiety and the selective processing of threatening information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. Behaviour Research and Therapy, *30*, 479-491.

Mahone, E.M., Bruch, M.A., & Heimberg, R.G. (1993). Focus of attention and social anxiety: The role of negative self-thoughts and perceived positive attributes of the other. Cognitive Therapy and Research, *17*, 209-224.

Mannuzza, S., Fyer, A.J., Liebowitz, M.R., & Klein, D.F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. Journal of Anxiety Disorders, *4*, 41 – 59.

Marcus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. Journal of Personality and Social Psychology, *35*, 63-78.

Marks, I.M. (1969). Fears and phobias. New York: Academic Press.

Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. British Journal of Psychiatry, *116*, 377 – 386.

Marks, I.M. (1987). Fears, phobias, and rituals. New York: Oxford University Press.

Marks, I.M. & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. Behavior Research and Therapy, *17*, 263-267.

Martin, M., Williams, R.M., & Clark, D.M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? Behaviour Research and Therapy, *29*, 147-160.

Marzillier, J.S., Lambert, C., & Kellett, J.A. (1976). Desensitization and social skills training for socially inadequate patients. Behaviour Research and Therapy, *14*, 225.

Mathews, A.M. & Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color-naming in anxiety. Behaviour Research and Therapy, *31*, 57-62.

Mathews, A.M. & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. Behaviour Research and Therapy, *23*, 563-569.

- Mathews, A.M. & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. Journal of Abnormal Psychology, 95, 131-138.
- Mathews, A.M. & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and the emotional disorders. Annual Review of Psychology, 45, 25-52.
- Mathews, A.M., May, J., Mogg, K., & Eysenck, M. (1990). Attentional bias in anxiety: Selective search or defective filtering? Journal of Abnormal Psychology, 99, 166-173.
- Mathews, A.M., Mogg, K., Kentish, J., & Eysenck, M.W. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 293-303.
- Mathews, A.M. & Sebastian, S. (1993). Suppression of emotional Stroop effects by fear arousal. Cognition and Emotion, 7, 517-530.
- Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1991). The revised Stroop color-naming task as an indicator of treatment outcome for social phobia. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Mattia, J.I., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobias. Behaviour Research and Therapy, 31, 305-313.
- Mattick, R.P. & Clarke, J.C. (1988). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. Unpublished manuscript.
- Mattick, R.P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 251-260.
- Mattick, R.P., Peters, L., & Clarke, J.C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. Behavior Therapy, 20, 3-23.
- Mattick, R.P., & Rapee, R.M. (1986). Carbon dioxide induced panick attacks: A comparison of panic disorder, social phobia and normal controls. Paper presented at the Annual Meeting of the Australian Psychological society, Townsville, Queensland.
- McNally, R.J., Amir, N., Louro, C.E., Lukach, B.M., Riemann, B.C., & Calamari, J.E. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. Behaviour Research and Therapy, 32, 199-222.
- McNally, R.J., Reimann, B.C., Louro, C.E., Lukach, B.M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. Behaviour Research and Therapy, 30, 143-149.

McNeil, D.W., Ries, B.J., Taylor, L.J., Boone, M.L., Carter, L.E., Turk, C.L., & Lewin, M.R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. Journal of Anxiety Disorders, 9, 47-57.

Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change (pp. 357-391). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Melchior, L.A. & Cheek, J.M. (1990). Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction. Journal of Social Behavior and Personality, 5, 117 – 130.

Mersch, P.P.A. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure *in vivo* and an integration of exposure *in vivo*, rational emotive therapy and social skills training. Behavior Research and Therapy, 33, 259-269.

Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G., Bögels, S.M., & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. Behaviour Research and Therapy, 27, 421-434.

Mersch, P.P.A., Jansen, M.A., & Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: Severity of complaint and treatment effectiveness. Journal of Personality Disorders, 9, 143-159.

Michelson, L.K. & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 100-114.

Mogg, K., Kentish, J., & Bradley, B.P. (1993). Effects of anxiety and awareness on color identification latencies for emotional words. Behaviour Research and Therapy, 31, 559-567.

Mogg, K. & Marden, B. (1990). Processing of emotional information in anxiety subjects. British Journal of Clinical Psychology, 29, 227-229.

Mogg, K., Mathews, A.M., Bird, C., & Macgregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1230-1237.

Mogg, K., Mathews, A.M., & Weinman, J. (1989). Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication. Behaviour Research and Therapy, 27, 317-323.

Moran, P.W. & Lambert, M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M.S. Lambert, E.R. Christensen, & S.S. DeJulio (Eds.), The assessment of psychotherapy outcome (pp. 263-303). New York: Wiley.

Mullaney, J.A. & Trippett, C.J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. British Journal of Psychiatry, 135, 565 – 573.

Myszka, M.T., Galassi, J.P., & Ware, W.B. (1986). Comparison of cognitive assessment methods with heterosocially anxious college women. Journal of Counseling Psychology, 33, 401-407.

Neisser, U. (1967). Cognitive Psychology. New York: Appleton.

Newman, M., Hofmann, S., Trabert, W., Roth, W., & Taylor, C. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? Behavior Therapy, 25, 503-517.

Nyman, D., & Heimberg, R.G. (1985, November). Heterosocial anxiety among college students: A reasonable analogue to social phobia? Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, Houston.

Oatley, K. & Johnson-Laird, P. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. Cognition and Emotion, 1, 29-50.

O'Bannon, K. & Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective memory for affective information about the self. Social Behavior and Personality, 5, 321 – 328.

Osman, A., Barrios, F.X., Aukes, D., & Osman, J.R. (1995). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in college students. Journal of Clinical Psychology, 51, 235 – 243.

Öst, L-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. Behaviour Research and Therapy, 25, 397-405.

Öst, L-G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 19, 1-16.

Paul, G.L. (1966). Insight vs. desensitization in psychotherapy. Stanford, CA: Stanford University Press.

Perugi, G., Simonini, E., Savino, M., Mengali, F., Cassano, G.B. & Akiskal, H.S. (1990). Primary and secondary social phobia: Psychopathologic and familial differentiations. Comprehensive Psychiatry, 31, 245 – 252.

Pilkonis, P.A. & Zimbardo, P.G. (1979). The personal and social dynamics of shyness. In C.A. Izard (Ed.), Emotions in personality and psychopathology (pp. 133-160). New York: Plenum Press.

Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J.W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the Society for Personality Assessment. Journal of Personality Assessment, 49, 115-119.

Poulton, R.G. & Andrews, G. (1996). Change in danger cognitions in agoraphobia and social phobia during treatment. Behaviour Research and Therapy, *34*, 413-421.

Rachman, S.J. (1980). Emotional processing. Behaviour Research and Therapy, *18*, 51-60.

Rachman, S.J. (1981). The primacy of affect: Some theoretical implications. Behaviour Research and Therapy, *19*, 279-290.

Rapee, R.M. (1993). Recent advances in the treatment of social phobia. Australian Psychologist, *28*, 168-171.

Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical Psychology Review, *17*, 47 – 68.

Rapee, R.M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. . Behaviour Research and Therapy, *35*, 741 – 756.

Rapee, R.M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. Journal of Abnormal Psychology, *100*, 74 – 77.

Rapee, R.M., McCallum, S.L., Melville, L.F., Ravenscroft, H., & Rodney, J.M. (1994). Memory bias in social phobia. Behaviour Research and Therapy, *32*, 89 – 99.

Rapee, R.M., Sanderson, W.C., & Barlow, D.H. (1988). Social phobia features across the DSM-III-R anxiety disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *10*, , 287 – 299.

Reich, J., Noyes, R.M., Jr., & Yates, W. (1989). Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. Journal of Clinical Psychiatry, *50*, 91-95.

Reich, J. & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. Comprehensive Psychiatry, *29*, 72 – 75.

Richards, A. & Millwood, B. (1989). Colour-identification of differentially valenced words in anxiety. Cognition and Emotion, *3*, 171-176.

Riemann, B.C. & McNally, R.J. (1995). Cognitive processing of personal relevant information. Cognition and Emotion, *9*, 325-340.

Rosenthal, R. (1983). Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *51*, 4-13.

- Rosenthal, R. (1991). Meta-analytic procedures for social research (rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Ruiter, C. & Brosschot, J.F. (1994). The emosional Stroop effect in anxiety: Attentional bias or cognitive avoidance? Behaviour Research and Therapy, 32, 315-319.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 694-698.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure *in vivo* to the treatment of generalized social phobia. Behavior Modification, 22, 262-284.
- Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. Journal of Personality and Social Psychology, 62, 699 – 707.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.A. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology, 99, 308-312.
- Sarason, I. (1975). Anxiety and self-preoccupation. In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), Stress and anxiety (Vol. 2, pp. 27 – 44). New York: Hemisphere.
- Schelver, S.R. (1981). A controlled study to assess the effects of self-administered cognitive therapy on social-evaluation anxiety, state-trait anxiety, and locus of control. Dissertation Abstracts International, 42, Feb. 1982.
- Schelver, S.R. & Gutsch, K.U. (1983). The effects of self-administered cognitive therapy on social evaluative anxiety. Journal of Clinical Psychology, 39, 658 – 666.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92, 641-669.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R., & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Archives of General Psychiatry, 49, 282 – 287.
- Schneier, F.R., Levin, A.P., & Liebowitz, M.R. (1990). Pharmacotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), Handbook of comparative treatments of adult disorders (pp.219-239). New York: Wiley.
- Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., & Fyer, A.J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 3, 15 – 23.

- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A.J., & Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Comprehensive Psychiatry, 32, 1 – 5.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1989). Treatment of social phobia: An analysis in single cases. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, S.W. Kraaimaat, & M.H.M. Son (Eds.), Fresh perspectives on anxiety disorders (Annual series of European research in behavior therapy). Lisse: Zwets & Zeitlinger.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1993a). Cognitive and behavioral treatment of fear of blushing, sweating or trembling. Behaviour Research and Therapy, 31, 155-170.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. Behaviour Research and Therapy, 31, 667-681.
- Schwartz, R.M. & Garamoni, G.L. (1986). A structural model of positive and negative states of mind: Assymetry in the internal dialogue. In P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy, Vol.5 (pp. 1-62). New York: Academic Press.
- Segal, Z.V., Truchon, C., Horowitz, L.M., Gemar, M., & Guirguis, M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in Major Depressive Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 104, 205-213.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 127, 1653-1658.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behaviour therapies for social phobia. British Journal of Psychiatry, 134, 620-623.
- Shorkey, C.T. & Whiteman, V.L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. Educational and Psychological Measurement, 37, 527-534.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobia anxiety states: I. A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 144, 53 – 57.
- Solyom, L., Ledwidge, B., & Solyom, C. (1986). Delineating social phobia. British Journal of Psychiatry, 149, 464 – 470.
- Spector, I.P., Carey, M.P., Jorgensen, R.S., Meisler, A.W., & Camriake (Jr.), C.L.M. (1993). Cue-controlled relaxation and "aromatherapy" in the treatment of speech anxiety. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21, 239-253.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (1985). Proposed revisions in the DSM-III classification of anxiety disorders based on research and clinical experience. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 759 – 773). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W., & Gibbon, M. (1987). Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Stanley, M.A. & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy, 26, 163-186.

Steer, R.A., Beck, A.T., & Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. In N. Sartorius & T.A. Ban (Eds.), Assessment of depression (pp. 121-142). Geneva: World Health Organization.

Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H., & Brown, G. (1986). Differentiation of generalized anxiety and depression disorders by the Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 42, 475-478.

Stein, D. & Young, G. (1992). Cognitive Science and Clinical Problems. New York: Academic Press.

Stemberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D.C., & Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analyses of possible developmental factors. Journal of Abnormal Psychology, 104, 526-531.

Stopa, L. & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. . Behaviour Research and Therapy, 31, 255 – 267.

Strauman, T.J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? Journal of Abnormal Psychology, 98, 14 – 22.

Strauman, T.J. & Higgins, E.T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. Journal of Personality, 56, 685 – 707.

Stravynski, A., LaMontagne, Y., & Lavalley, Y.J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. Canadian Journal of Psychiatry, 31, 714 – 719.

Stravynski, A., Marks, I.M., & Yule, W. (1982) Social skills problems in neurotic outpatients. Archives of General Psychiatry, 39, 1378-1385.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. Journal of Experimental Psychology, 18, 643-662.

Stroop, J.R. (1938). Factors affecting speed in serial verbal reactions. Psychological Monographs, 50, 38-48.

Suinn, R.M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy, 2, 498-510.

Tanaka, J.S. & Huba, G.J. (1984). Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 621-635.

Task Force on DSM-IV (1991). DSM-IV options book: Work in progress 9/1/91. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. Clinical Psychology Review, 15, 261-296.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for social phobia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27, 1-9.

Taylor, S., Woody, S., Koch, W.J., McLean, P., Paterson, R.J., & Anderson, K.W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: Efficacy and mode of action. Behavior Modification, 21, 487-511.

Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to depression. Cognition and Emotion, 2, 247-274.

Thyer, B.A., Parrish, R.T., Himle, J., Cameron, O.G., Curtis, G.C., & Ness, R.M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. . Behaviour Research and Therapy, 24, 357 – 359.

Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. Clinical Psychology Review, 9, 19-35.

Trower, P. & Turland, D. (1984). Social phobia. In S.M. Turner (Ed.), Behavioral theories and treatment of anxiety (pp. 321 – 365). New York: Plenum.

Trower, P., Yardley, K., Bryant, B., & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills acquisition procedures on two social problems. Behavior Modification, 2, 41-60.

Turner, S.M. & Beidel, D.C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. Clinical Psychology Review, 9, 3 – 18.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Borden, J.W., Stanley, M.A., & Jacob, R.G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. Journal of Abnormal Psychology, 100, 102 – 106.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley, M.R. (1994). Social Effectiveness Therapy. Mount Pleasant, SC: Turndel, Inc.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley-Quille, M.R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. Behaviour Research and Therapy, 33, 553-555.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., Woody, S.R., & Messer, S.C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. Behaviour Research and Therapy, 32, 381-390.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 95, 389-394.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 35-40.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Jacob, S.G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 350-358.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Larkin, K.T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and non-clinic samples: Physiological and cognitive correlates. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 523 – 527.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., & Greenhouse, J. (1992). Reduction of fear in social phobics: An examination of extinction patterns. Behavior Therapy, 23, 389-403.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Long, P.J., Turner, M.W., & Townsley, R.M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: The Social Phobia Endstate Functioning Index. Behavior Therapy, 24, 265-275.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. Behavior Research and Therapy, 28, 497 – 505.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 101, 326 – 331.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Wolff, P.L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobias: The Index of Social Phobia Improvement. Behaviour Research and Therapy, 32, 471-476.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Wolff, P.L., Spaulding, S., & Jacob, R.G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 34, 795-804.

Turner, S.M., Cooley-Quille, M.R., & Beidel, D.C. (1996). Behavioral and pharmacological treatment of social phobia. In M.R. Mavissakalian & R.F. Prien (Eds.), Long-term treatment of anxiety disorders (pp. 343-371), Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Turner, S.M., McCanna, M., & Beidel, D.C. (1987). Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scales. Behavior Research and Therapy, 25, 113-115.

Turner, S.M., Stanley, M.A., Beidel, D.C., & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11, 221-234.

Van Velzen, C.J.M., Emmelkamp, P.G.M., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. Behaviour Research and Therapy, 35, 889-900.

Versiani, M., Mundim, F.D., Nardi, A.E., & Liebowitz, M.R., (1988). Tranylcypromine in social phobia. Journal of Clinical Psychopharmacology, 8, 279-283.

Versiani, M., Nardi, A.E., Mundim, F.D., Alves, A., Liebowitz, M.R., & Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with meclizemide and phenelzine. British Journal of Psychiatry, 161, 353-360

Wacker, H.R., Mülleijans, R., & Klein, K.H. (1992). Identification of anxiety disorders in the community according to ICD – 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CID). International Journal of Methods in Psychiatry Research, 2, 91 – 100.

Watson, D., Clark, L.A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. Journal of Abnormal Psychology, 97, 346 – 353.

Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 448-457.

Watson, J.P. & Marks, I.M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding – A crossover study of phobic patients. Behavior Therapy, 2, 275-293.

Watts, F.N., McKenna, F.P., Sharrock, R., & Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia related words. British Journal of Psychology, 77, 97-108.

Weiller, E., Bisserbe, J.C., Boyer, P., Lepine, J.P., & Lecrubier, Y. (1996). Social Phobia in general health care: An underrecognised undertreated disabling disorder. British Journal of Psychiatry, 168, 169 – 174.

Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. Anxiety Research, 3, 291 – 301.

Widiger, T.A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. Journal of Abnormal Psychology, 101, 340 – 343.

Williams, J.M.G. (1992). The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy. London: Routledge.

Williams, J.M.G. & Broadbent, K. (1986). Distraction by emotional stimuli: Use of a Stroop task with suicide attempters. British Journal of Clinical Psychology, 2, 221-234.

Williams, J.M.G. & Nulty, D.D. (1986). Construct accessibility, depression and the emotional Stroop test: Transient emotion or stable structure? Personality and Individual Differences, 7, 485-491.

Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester: John Wiley.

Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). Cognitive psychology and emotional disorders (Second edition). Chichester: John Wiley.

Williams, S.L., Dooseman, G., & Kleifield, E. (1984). Comparative effectiveness for guided mastery and exposure treatments for intractable phobias. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 505-518.

Williams, S.L., Turner, S.M., & Peer, D.F. (1985). Guided mastery and performance desensitization treatments for severe acrophobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 237-247.

Winton, E.C., Clark, D.M., & Edelmann, R.J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behaviour Research and Therapy, 33, 193 – 196.

Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I, Kaiser, G., & Munchau, N. (1990). Exposure *in vivo* vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. Behaviour Research and Therapy, 28, 181-193.

Wolpe, J. (1990). The practice of behavior therapy (4th ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). Behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press.

Wood, J., Saltzberg, J., & Goldsamt, L. (1990). Does affect induce self-focused attention? Journal of Personality and Social Psychology, 58, 899 – 908.

Wood, J., Saltzberg, J., Neale, J., Stone, A., & Rachmiel, T. (1990). Self-focused attention, coping responses and distressed mood in everyday life. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 1027 – 1036.

Woody, S. (1996). Effects of focus of attention on social phobic's anxiety and social performance. Journal of Abnormal Psychology, 105, 61 – 69.

Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behavior Therapy, 35, 117-129.

Zajonc, R.B. (1984). On the primacy of affect. American Psychologist, 39, 117-123.

Zimbardo, P.G. (1977). Shyness: What it is, what to do about it. Reading, MA: Addison-Wesley.

Zimbardo, P.G., Pilkonis, P.A., & Norwood, R.M. (1975). The social disease called shyness. Psychology Today, 8, 68 – 72.

Zweig, D.R. & Brown, S.D. (1985). Psychometric evaluation of a written stimulus presentation format for the Social Interaction Self-Statement Test. Cognitive Therapy and Research, 9, 285-295.